

Maren Meimbresse

Schmerzbewältigung bei Migränepatientinnen

Reihenherausgeber:

Prof. Dr. phil. Gerd Jüttemann
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft
Fachgebiet Klinische Psychologie/ Gesundheitspsychologie
Technische Universität Berlin
Sekt. FR 3-8
Franklinstr. 28/29
10587 Berlin

Basisliteratur:

G. Jüttemann (2009): Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene. Lengerich: Pabst Science Publishers

Informationen über die Schriftenreihe sind abrufbar unter:
<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

Ursprünglicher Titel der vorliegenden Arbeit:
Schmerzbewältigung bei Migränapatientinnen

Originalform (Diplom-Arbeit; Dissertation; Projektbericht) und Jahr:
Diplom-Arbeit, 2003

ISSN**ISBN****978-3-7983-2140-3****Vertrieb/
Publisher:**

Universitätsverlag der TU Berlin
Universitätsbibliothek
Fasanenstr. 88 (im VOLKSWAGEN-Haus), D-10623 Berlin
Tel.: (030)314-76131; Fax.: (030)314-76133
E-Mail: publikationen@ub.tu-berlin.de
<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

Inhaltsverzeichnis

1	THEORETISCHER HINTERGRUND	1
1.1	Schmerz – eine Definition	1
1.2	Der chronische Schmerz – eine Gegenstandsbestimmung	1
1.3	Allgemeine Anmerkungen über die Debatte zur Entstehung chronischer Schmerzerkrankungen	2
1.3.1	Somatogen versus psychogen	2
1.3.2	Die Auslösedebatte	2
1.3.3	Kontroverse zur Ätiologie und Aufrechterhaltung	3
1.3.4	Systemtheoretische Betrachtung	3
1.3.5	Das bio-psycho-soziale Modell	4
1.3.6	Eine phänomenologische Betrachtung des Schmerzes	4
1.4	Das Krankheitsbild der Migräne und deren Einordnung in die Gruppe anderer Kopfschmerzerkrankungen	5
1.4.1	Symptomdefinition	5
1.4.2	Klinische Merkmale	6
1.4.3	Abgrenzung der Migräne vom Spannungskopfschmerz	6
1.4.4	Klassifikation der Migräne unter psychosomatischen Gesichtspunkten	6
1.4.5	Das algogene Schmerzsyndrom	8
1.5	Migräneprävalenz in Deutschland	8
1.6	Chronifizierung	8
1.6.1	Definition „Chronifizierung von Schmerzen“	8
1.6.2	Chronifizierungskriterien	9
1.6.3	Chronifizierungsfaktoren	9
1.7	Ätiologie und Pathogenese der Migräne	10
1.7.1	Das Spezifitätskonzept – Die Migränepersönlichkeit	10
1.7.1.1	Die Migränepersönlichkeit aus psychosomatischer Sicht	10
1.7.1.1.1	Die Rolle des perfektionistischen Leistungsanspruchs in der Entwicklung	11
1.7.1.1.2	Die Rolle krankheitsspezifischer Emotionen und psychodynamischer Konflikte: Der Aggressionskonflikt und dessen Abwehr (Äquivalenzmodell)	12
1.7.1.1.3	Die Französische Psychosomatische Schule (Das Alexithymie-Konzept)	12
1.7.1.1.4	Angst und Depression als Schmerzäquivalent	14
1.7.2	Paradigmawechsel im Hinblick auf die Schmerzpersönlichkeit	15
1.7.2.1	Abschließende Betrachtung zur Existenz der Migränepersönlichkeit	16
1.8	Die Schmerzpersönlichkeit im Einflußbereich des Coping-Konzeptes	16
1.8.1	Schmerz- und Krankheitsbewältigung	16
1.8.2	Alexithymie und Schmerzbewältigung aus neuer Sicht	17
1.9	Biographische Orientierung von Streß und Krankheitsbewältigung	18

2	METHODE	20
2.1	Forschungsstand	20
2.2	Spezifizierung der Fragestellung	20
2.3	Erhebungsmethode	21
2.3.1	Erkenntnistheoretische Kontroverse um den Einsatz qualitativer und quantitativer Verfahren in der Sozialforschung	21
2.3.1.1	Induktive versus deduktive Diagnostik	21
2.3.2	Inhaltliche und methodische Begründung eines qualitativen Forschungszuganges	21
2.4	Das „Problemzentrierte Interview“ (nach Witzel, 1985)	22
2.4.1	Forschungskonzept	22
2.4.2	Kommunikationsstrategie	23
2.4.3	Bestandteile des Interviews	23
2.4.4	Datenschutzregelung	24
2.5	Die Komparative Kasuistik nach Jüttemann (1981)	24
2.5.1	Forschungskonzept	24
2.5.2	Verfahrensbeschreibung des „quasi-experimentellen Modells“	25
2.5.3	Festlegung des Untersuchungsdesigns	26
2.5.4	Phänomenanalyse	26
2.5.4.1	Homogenitätskriterien der Untersuchungsgruppe – Migräne	26
2.5.4.2	Homogenitätskriterien der Kontrollgruppe – Rückenschmerzen	27
2.5.5	Gewinnung der Interviewpartner	27
2.5.6	Vorbereitung der Datenerhebung und Datenaufbereitung	28
2.5.6.1	Entwicklung des Interviewleitfadens	28
2.5.6.2	Thematisch relevante Bereiche (Kategoriensystem)	28
2.5.6.3	Darstellung der vorläufigen Hypothesen	29
2.6	Auswertungsmethode	30
2.6.1	Einzelfallanalytische Auswertung nach Jaeggi und Faas (1991)	30
2.6.1.1	Darstellung der ersten Auswertungsphase des Verfahrens	31
2.6.2	Überindividuelle Komparation	31
3	AUSWERTUNG	34
3.1	Darstellung der Einzelfallergebnisse der Migränegruppe	34
3.1.1	Einzelfalldarstellung Frau Abel	34
3.1.1.1	Kontextprotokoll	34
3.1.1.2	Nacherzählung von Frau Abel	34
3.1.1.3	Paraphrasierung von Frau Abel	36
3.1.1.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Abel	39
3.1.2	Einzelfalldarstellung Frau Bartel	40
3.1.2.1	Kontextprotokoll von Frau Bartel	40
3.1.2.2	Nacherzählung von Frau Bartel	41
3.1.2.3	Paraphrasierung von Frau Bartel	42

3.1.2.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Bartel	46
3.1.3	Einzelfalldarstellung Frau Christ	47
3.1.3.1	Kontextprotokoll von Frau Christ	47
3.1.3.2	Nacherzählung von Frau Christ	47
3.1.3.3	Paraphrasierung von Frau Christ	49
3.1.3.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Christ	52
3.1.4	Einzelfalldarstellung Frau Deter	53
3.1.4.1	Kontextprotokoll von Frau Deter	53
3.1.4.2	Nacherzählung von Frau Deter	54
3.1.4.3	Paraphrasierung von Frau Deter	55
3.1.4.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Deter	57
3.2	Darstellung der Einzelfallanalysen der Kontrollgruppe	59
3.2.1	Einzelfalldarstellung Herr Emrich	59
3.2.1.1	Kontextprotokoll von Herrn Emrich	59
3.2.1.2	Nacherzählung von Herrn Emrich	59
3.2.1.3	Paraphrasierung von Herrn Emrich	60
3.2.1.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Herrn Emrich	63
3.2.2	Einzelfalldarstellung Frau Förster	64
3.2.2.1	Kontextprotokoll von Frau Förster	64
3.2.2.2	Nacherzählung von Frau Förster	64
3.2.2.3	Paraphrasierung von Frau Förster	66
3.2.2.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Förster	69
3.2.3	Einzelfalldarstellung Herr Gärtner	71
3.2.3.1	Kontextprotokoll von Herrn Gärtner	71
3.2.3.2	Nacherzählung von Herrn Gärtner	71
3.2.3.3	Paraphrasierung von Herrn Gärtner	72
3.2.3.4	Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Herrn Gärtner	76
4	KOMPARATIVE DARSTELLUNG DER (ÜBERINDIVIDUELLEN) ERGEBNISSE	78
4.1	Darstellung der Komparationstabellen der Migränegruppe	79
4.2	Kriterien nützlicher und schädlicher Krankheitsbewältigung	84
4.3	Darstellung der überindividuellen Ergebnisse der Migränegruppe	85
4.4	Intergruppenvergleich zwischen Migräne- und Rückenschmerz-Gruppe	94
4.5	Zusammenfassung der Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung	97
4.6	Kategorienübergreifende Ergebnisse	98
4.6.1	Bildung von Subgruppen nach Volger (1984)	98
4.6.2	Resomatisierungsaspekte	98
4.6.3	Ein migränespezifischer Leistungsanspruch	98

ABBILDUNG 1

Das Spiralenmodell der Komparativen Kasuistik

33

ANHANG

Tabellen

Migränegruppe:

Tab 1: Schmerzbedingte Belastungen79

Tab 2: Schmerzbewältigung/Subjektive Krankheitstheorien
(Dimensionen, Funktionalität)80

Tab 3: Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien81

Tab 4: Frühe und aktuelle soziale Faktoren82

Tab 5: Persönlichkeitsentwicklung83

Rückenschmerzgruppe:

Tab 6: Schmerzbedingte Belastungen103

Tab 7: Schmerzbewältigung/Subjektive Krankheitstheorien
(Dimensionen, Funktionalität)104

Tab 8: Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien105

Tab 9: Frühe und aktuelle soziale Faktoren106

Tab 10: Persönlichkeitsentwicklung107

Datenschutzvereinbarung108

Interviewleitfaden109

Kurzfragebogen für Schmerzpatienten111

LITERATURVERZEICHNIS114

1 THEORETISCHER HINTERGRUND

1.1 Schmerz - eine Definition

Eine häufig zu findende Definition (IASP, 1979, zit.n.Herzog, 1999) von Schmerz lautet:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann“ (S. 26).

Der Fokus dieser Definition ist auf das somatische Geschehen gerichtet und betont seine Funktionalität, nämlich die schützende Funktion des Schmerzes für den Organismus aufgrund sinnvoller emotionaler Reaktionen und Verhaltensweisen.

Sollte diese Definition für den akuten Schmerz zutreffen, dessen Entstehung mit einfachen Reiz-Reaktions-Mustern noch am ehesten zu erklären ist, so gilt dies für den chronischen Schmerz keinesfalls mehr. Seine Entstehung ist bis heute nicht völlig oder gar nicht geklärt und beschäftigt zahlreiche Disziplinen in Theorie und Praxis.

Allerdings hat diese biologische Betrachtung weitreichende Konsequenzen für die Behandlung auch chronischer Schmerzen, da sie aus einem weitverbreiteten Verständnis heraus überwiegend in medizinische Hände gelegt wird.

1.2 Der chronische Schmerz – eine Gegenstandsbestimmung

Sowohl vom Arzt als auch vom Patienten selbst ist der akute Schmerz mit wenigen Ausnahmen (Phantomschmerz, projizierter Schmerz) aufgrund seiner eindeutig identifizierbaren Entstehungsbedingungen erklärbar und kontrollierbar. Je nach Auslöser dauert er entweder nur Sekunden oder einige Wochen und ist jedenfalls zeitlich begrenzt. Der chronische Schmerz hingegen gilt im Gegensatz zum akuten nicht als Symptom, sondern als eigenständiges Krankheitsbild, dem jegliche Warn- und Schutzfunktion abgesprochen wird (Kröner-Herwig, 1999).

An seiner Entstehung haben psycho-soziale Einflüsse gegenüber physiologischen Aspekten eine herausragende Bedeutung, ohne daß dies in der medizinischen Behandlungspraxis eine angemessene Berücksichtigung findet.

Darüber hinaus begünstigt eine durch die medizinische Behandlungspraxis geförderte einseitige somatische Ursachenzuordnung ein passives Krankheitsverhalten des Patienten, was vielfach als Risikofaktor für die Chronifizierung betrachtet wird (s.u.).

Mit der andauernden Erfolglosigkeit der Behandlung nehmen emotionale und kognitive Aspekte einen größeren Raum ein. In der Regel handelt es sich dabei um Gefühle eines Kontrollverlustes und der Hilf- und Hoffnungslosigkeit, sowohl auf seiten des Arztes als auch des Patienten. An die Stelle einer somatischen Erklärung tritt der „Verdacht“ des Arztes auf eine psychische Ursache. Dies wirkt oft stigmatisierend auf den Patienten, da psychischen Problemen allgemein nicht dieselbe Akzeptanz entgegengebracht wird wie körperlichen. Die Patienten erleben dies als Bedrohung ihrer Integrität oder auch als implizite Schuldzuweisung (Seemann, 1998).

In der Diagnostik besteht die Schwierigkeit, daß es keine objektiven Parameter gibt, welche die Schmerzintensität erfassen. Man ist auf die Angaben des Patienten bzw. auf die Beobachtungen des „Schmerzverhaltens“ angewiesen (Fordyce, 1974).

Entsprechend bereitet die Ursachenzuordnung des chronischen Schmerzes im Gegensatz zum akuten erhebliche Schwierigkeiten. Beispielhaft ist dies in der Theorien- und Begriffsbildung über die Migräne zu beobachten, welche die medizinische und psychologische Fachliteratur überschwemmt. Auch innerhalb der Psychologie hat man den Schmerz für sich entdeckt oder sagen wir besser, jede psychologische Orientierung hat ihre eigene Anschauung und Theorienbildung vorgenommen, die unvereint nebeneinander stehen und in ihren unterschiedlichen Auffassungen zur Ätiogenese konkurrieren.

Gleiches gilt für die therapeutische Behandlungspraxis, die sich jeweils an eine theoretische Grundorientierung anlehnt. Zum therapeutischen Erfolg hat dies wenig beigetragen, zumal sich die Komplexität des Phänomens den jeweiligen Einzelperspektiven einer Fachrichtung entzieht. Hier besteht Bedarf nach einer Modellbildung, die verschiedene Betrachtungsebenen integriert.

1.3 Allgemeine Anmerkungen über die Debatte zur Entstehung chronischer Schmerzerkrankungen

1.3.1 Somatogen versus psychogen

Der Theorienstreit wird auf verschiedenen Ebenen ausgefochten. Am intensivsten verläuft die Debatte und auch die ideologische Spaltung zwischen den beiden wissenschaftlichen Disziplinen Medizin und Psychologie. Protagonisten der Somatogenese haben sich mit den verschiedensten physiologischen (vegetativen, hormonellen, biochemischen) Entstehungsmechanismen beschäftigt. Für sie ist der Schmerz als Signal für eine „Betriebsstörung“ im „Machinsystem“ Mensch zu erklären (Egle & Hoffmann, 1993, S.2). Auf die somatischen Theorien werde ich im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingehen, da hier nur die psychologischen Aspekte interessieren, ohne daß ich damit eine physiologische Beteiligung ausschließe.

Die Kennzeichnung „psychogen“ geht auf das Konversionsmodell (s.u.) zurück, wobei bis heute eher fragwürdig erscheint bzw. ungeklärt blieb, ob sich ein Schmerz ohne somatische Beteiligung entwickeln kann. Ebenso fragwürdig ist eine fehlende psychische Beteiligung am chronischen Schmerzgeschehen. Fest steht eher, daß bei chronischen Schmerzsyndromen immer psychosoziale Aspekte beteiligt sind. Die Debatte umfaßt auch die Frage, in welchem Maße somatische oder psychosoziale Faktoren mitwirken bei der Entstehung. Um dies festzustellen bedarf es einer eingehenden psychosozialen Diagnostik.

Gewarnt wird auch vor einer Überbewertung korrelativer somatischer Befunde, die allzu häufig als kausal für das Schmerzgeschehen bewertet werden (Kröner-Herwig, 1999).

1.3.2 Die Auslösedebatte

Eine anderes Feld der Dichotomisierung zwischen Psyche und Soma ist in der Auslösedebatte zu finden. Die ätiologische Debatte der Migräne in der Literatur ist eng geknüpft an pathophysiologische Aspekte, ohne die Ätiologie der Migräne selbst zu erklären. Im Zusammenhang mit einer Attacke werden sogenannte Triggerfaktoren genannt, spezifische physikalisch-biologische (Wetter, Nahrungsmittel, hormonelle Veränderungen) bzw. psychologische Auslöser (Streß). Wie wenig hilfreich diese Kontroverse ist, zeigt das Beispiel „subjektives Streßempfinden“ als Schmerzauslöser. Streß korreliert mit Muskelverspannungen und kann zu Kopfschmerzen führen. Genauso gut aber können Kopfschmerzen eine Anspannung der Muskulatur zur Folge haben. In Anlehnung an eine

theoretische Orientierung wird also entweder auf physiologische oder psychologische Aspekte fokussiert.

1.3.3 Kontroverse zur Ätiologie und Aufrechterhaltung

Zwischen der klassischen Psychosomatik und Verhaltenstheoretikern wird die Bedeutung ätiologischer Faktoren ebenfalls uneinheitlich betrachtet. Die einen führen den Ursprung einer chronischen Schmerzerkrankung auf einen auslösenden psychodynamischen Konflikt zurück, ein Modell, das auf den Konversionsmechanismus von Freud zurückgeht (s.u.).

Von Lerntheoretikern wird der Nutzen einer Aufklärung von Ätiologiebedingungen in der klassischen Psychosomatik bezweifelt (Kröner-Herwig, 1999):

„Die Aufklärung der Ätiologiebedingungen wird in der klassischen Psychosomatik hinsichtlich ihrer Bedeutsamkeit und Nützlichkeit überbewertet. Insbesondere ist die Erklärung der Genese einer Störung bei der Entwicklung einer adäquaten Therapie nicht unbedingt hilfreich“ (S.11).

Der Schmerz wird hier nicht als Folge einer zugrunde liegenden Erkrankung betrachtet, sondern als eigenständiges Problem, als Fehlverhalten, welches allein durch Lernprozesse erworben wurde und dessen Analyse im Vordergrund steht. Das Schmerzerleben selbst findet keine Berücksichtigung.

Ein Vorwurf an die Verhaltenstheoretiker richtet sich an die allgemeine Bedingtheit ihres Schmerzkonzpts und aufgrund dessen an die fehlende Berechtigung des von ihnen erhobenen Anspruchs auf eine bio-psycho-soziale Betrachtungsweise. Eher sei hier der Begriff des „bio-behavioralen“ Schmerzkonzptes angemessen (Egle & Hoffmann, 1993, S.5). Ein weiterer Vorwurf richtet sich an die Fortführung eines tradierten dualistischen Versorgungskonzptes (a.a.O.).

Allgemein jedoch folgt die Aufklärung der Ätiologie chronischer Schmerzsyndrome dem Verständnis eines multifaktoriellen Geschehens, an dem sowohl physiologische (biochemische, vaskuläre, zentralnervöse, muskuläre), psychische (Angst, Streß) und psycho-soziale Mechanismen (Lernprozesse) nach dem Muster Prädisposition, Auslöser und Stabilisierung beteiligt sind (Berwald, 1990).

1.3.4 Systemtheoretische Betrachtung

Im Gegensatz zur medizinischen Reiz-Reaktions-Konzeption berücksichtigen Systemtheoretiker in einem integrativen Ansatz motivationale Aspekte, die in einem kybernetischen Modell verankert sind.

Sie betrachten mehrere Ebenen des „Gesamtsystems Mensch“ als aktive Systeme mit einer Reaktionsbereitschaft und unterscheiden dabei

- physiologische
- psychische und
- psychosoziale Systeme.

Schmerz wird hier „...als Ausdruck einer Störung in interdependenten, d.h. aufeinander abgestimmt funktionierenden Regelkreisen verstanden“ (Seemann & Zimmermann, 1999, S.24), als Abweichung von einem homöostatischen Gleichgewicht.

Beispielhaft hierfür gilt die Migräneattacke, bei der ein Auslöser auf ein prädisponiertes, für diese Einflüsse sensibles System trifft, in deren Folge sich hormonelle und vegetative

Funktionen verschieben und zu einer unaufhaltsamen Entgleisung führen. Bei zunehmender Intensität einer Schmerzerkrankung sind immer mehr Systeme davon betroffen.

Dazu bemerken Egle & Hoffmann (1993):

„... wobei es in der Medizin schon einen enormen Fortschritt darstellte, wenn das latent weiterhin gültige physiko-chemische Modell konsequent durch ein umfassendes biologisches ersetzt würde. Von psychosozialen Bedingungen soll hier gar nicht gesprochen werden“ (S.2).

1.3.5 Das bio-psycho-soziale Modell

Im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses gelten die Ebenen des Organismus als hierarchisch geordnete, interagierende Subsysteme von der Molekülebene bis zur psychischen Ebene. Der Organismus und seine Umgebung bilden ein psychisches und dynamisches Gesamtsystem, welches durch die individuelle Sozialisation des Individuums geprägt ist.

Den Konstruktionsprozeß der individuellen Wirklichkeit haben Uexküll & Wesiack (1979) anhand eines Situationskreises dargestellt. Darin erwirbt jeder Mensch im Laufe seiner Entwicklung und in der Auseinandersetzung mit der Umwelt Handlungsprogramme, die mehr oder weniger geeignet sind, seine individuelle Wirklichkeit zu steuern. Sind diese unzureichend, werden die darunterliegenden Systeme auf der somatischen oder vegetativen Ebene beeinflusst. Dieses ganzheitliche Krankheitsmodell ermöglicht eine Gewichtung biologischer, psychischer und sozialer Faktoren und eine differentielle Ätiopathogenese (S. a. Volger, 1984).

1.3.6 Eine phänomenologische Betrachtung des Schmerzes

Aus phänomenologischer Sicht können weder funktionalistische noch physiologische oder behavioristische Erklärungsmuster dem komplexen Schmerzgeschehen Rechnung tragen (Herzog, 1999). Alle vernachlässigen die subjektive Seite des Schmerzerlebens, die als ein Akt der Bedeutungszumessung und Bewältigung auf einen sensorisch wahrgenommenen Schmerz aufzufassen ist. Erst die phänomenologischer Sicht ermöglicht meiner Meinung nach über die Frage nach der Funktion und dem Sinn einer Schmerzerkrankung einen Zugang zum Individuum mit seiner subjektiv wahrgenommenen „Situation“ im Schmerz. Schmerzerleben umfaßt in der Regel starke Unlustgefühle und Ängste als affektive und kognitive Reaktionen. Darüber hinaus kommt vor allem dem Schmerzerleben im chronischen Schmerz aus einer spezifisch anthropologischen Sicht eine „...generative Bedeutung für die (Selbst-) Reflexion“ zu (a.a.O., S. 33). Dies ist als Reaktion auf eine in der Regel als sinnlos erlebte Krise zu verstehen, in welcher der Kranke im Schmerz auf seinen Körper zurückgeworfen wird:

1.4 Das Krankheitsbild der Migräne und deren Einordnung in die Gruppe anderer Kopfschmerzserkrankungen

Im Hinblick auf die Diagnostik des Kopfschmerzes wird in der medizinischen Behandlungspraxis eine allgemeine Unterscheidung vorgenommen zwischen dem primären und dem sekundären Kopfschmerz. Sie wurde festgelegt durch das Ad-hoc-Komitee (AHK) des National Institute of Neurological Disease and Blindness:

- *Der primäre Kopfschmerz* gilt als eigenständige Krankheit. Es liegen keine organischen Ursachen zugrunde. Als Ursache wird eine funktionelle, d.h. reversible Störung schmerzempfindlicher intrakranieller (im Schädel liegender) und/oder extrakranieller (außerhalb des Schädels liegender) Strukturen angesehen. Zu den intrakraniellen schmerzempfindlichen Strukturen zählt die Dura (äußere Hirnhaut) und die großen Blutgefäße. Zu den extrakraniellen schmerzempfindlichen Strukturen rechnet man vor allem die Muskulatur im Hals- und Kopfbereich (Ahrens, Egle & Merkle, 1993).
- *Der sekundäre Kopfschmerz* ist Symptom einer zugrundeliegenden organischen Erkrankung (z.B. Hirntumor), die dringend behandelt werden muß (a.a.O.).

Die größte Gruppe periodisch wiederkehrender Kopfschmerzen, die Migräne, den Clusterkopfschmerz sowie den chronischen Kopfschmerz vom Spannungstyp, rechnet man zum primären Kopfschmerz (Saper, 1997).

1.4.1 Symptomdefinition:

Die World Federation of Neurology (WFN 1969) (Schroth & Haag, zit. n. Gerber, 1982) definierte die Migräne als

„wiederkehrende Kopfschmerzen von unterschiedlicher Intensität, Häufigkeit und Dauer. Die Anfälle beginnen im allgemeinen einseitig und sind verbunden mit Appetitlosigkeit und manchmal, jedoch nicht notwendigerweise auch mit Übelkeit und Erbrechen. Einigen Anfällen gehen auffallende Veränderungen der Sensorik, Motorik und Stimmungen voraus oder begleiten sie. Die Anfälle treten familiär gehäuft auf.“ (S. 5)

Im Gegensatz zu anderen chronischen Schmerzsyndromen weist die Migräne einige Besonderheiten auf:

- Aktuelle Definitionen betrachten die Migräne als „Reizverarbeitungsstörung“ (Gerber & Kropp, 1999), die sich auf physiologische Befunde stützt und psychologisch „...als Ausdruck einer gestörten Aufmerksamkeit mit Hypersensibilität...“ zu verstehen ist (a.a.O., S. 106).
- Eine weitere Besonderheit der Migräne wird in ihrem spezifischen Reaktionsmuster mit einer Kettenreaktion biochemischer und vaskulärer Abläufe nach dem Alles-oder – Nichts-Prinzip gesehen.
- Da trotz einer fehlenden organischen Genese immer physiologische Prozesse als beteiligt gelten, wird die Migräne im Gegensatz zu anderen chronischen Schmerzsyndromen diagnostisch nicht unter den Begriff der „somatoformen“ Schmerzstörung gefaßt (Berwald, 1999).
- Der Migräneanfall selbst wird als Protektion und Regeneration des Gehirns dargestellt, der einer Reizüberflutung bzw. einer Hyperaktivität folgt (Gerber, 1999; Seemann, 1998). Das erklärt auch das oft bezeichnete Entspannungsgefühl der Patienten nach einem Anfall.

1.4.2 Klinische Merkmale

Die International Headache Society (IHS) ernannte ein Expertenkomitee, das 1988 eine neue Klassifikation der Kopfschmerzerkrankungen veröffentlichte, weil man die alte für zu komplex hielt. Auffallend ist dabei die fehlende Differenzierung psychologischer und sozialer Faktoren. Nachfolgend sind die drei Haupttypen der Migräne und die ihnen zugewiesenen Diagnosekriterien aufgeführt (Saper, 1997):

- **Migräne ohne Aura (ehemals die einfache Migräne)**
mindestens 5 Attacken und zwei der nachfolgenden Kopfschmerzmerkmale, mindestens 1 vegetatives Merkmal bei einer Attackendauer zwischen 4 - 72 h: einseitige Schmerzlokalisierung, Schmerzcharakter pulsierend, Verstärkung bei körperlicher Aktivität, mäßige bis starke Schmerzintensität, häufig mit Übelkeit und Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit einhergehend. Vorgeschichte weist auf keine körperlichen Erkrankungen hin.
- **Migräne mit Aura (ehemals die klassische Migräne)**
mindestens 2 Attacken, mindestens 2 der nachfolgenden Kriterien:
vollständig reversible Aurasymptome, nicht länger als 60 Min., Aurasymptome entwickeln sich allmählich über 4 Min. oder treten in Folge auf, Intervall zwischen Aura und nachfolgender Attacke kürzer als 60 Min., Vorgeschichte, körperliche und neurologische Untersuchungen weisen auf keinerlei Erkrankungen hin.
- **Die komplizierte Migräne (Migräne mit neurologischen Ausfallerscheinungen)**
Auracharakteristika ohne Vorliegen einer Erkrankung
Einseitige Parästhesien oder sensible Defizite, Aphasie oder nichtklassifizierbare Sprachstörungen

Auf die zahlreichen Sonderformen möchte ich an dieser Stelle nicht weiter eingehen. Ungefähr 70% aller Attacken belaufen sich auf Migräne ohne Aura. Einige Patienten weisen jedoch auch mehrere Formen auf (a.a.O.).

1.4.3 Abgrenzung der Migräne vom Spannungskopfschmerz

Die Abgrenzung der Migräne vom Spannungskopfschmerz ist umstritten. Klinische, therapeutische und epidemiologische Ergebnisse deuten darauf hin, daß es sich möglicherweise um eine Unterform der Migräne handelt. Zum Verhältnis zwischen dem Spannungskopfschmerz und der Migräne schreibt Saper (1997):

Der episodische Kopfschmerz vom Spannungstyp unterscheidet sich hinsichtlich Symptomatik und Therapie kaum von der episodischen Migräne. Zahlreiche Parallelen zwischen beiden Kopfschmerzformen, wie Prävalenz, klinischer Verlauf, sowie Ansprechen auf therapeutische Maßnahmen, sprechen in hohem Maße dafür, daß die Migräne und Kopfschmerz von Spannungstyp in der Tat Varianten der gleichen Störung sind, wobei beide an entgegengesetzten Enden eines Spektrums liegen. (S. 23)

1.4.4 Klassifikation der Migräne unter psychosomatischen Gesichtspunkten

Die diagnostischen Bestimmungen orientieren sich jeweils an Terminologien, die einem Paradigma verpflichtet sind. Da sich neben zahlreichen anderen Klassifikationssystemen und Taxonomien in der Praxis eine Einteilung eingebürgert hat, die auf psychoanalytischen Modellvorstellungen beruht, werde ich diese im Anschluß kurz erläutern. Sie wird als eine „tendenzielle Gewichtung“ der Erkrankung zwischen somatogenen und psychogenen (neurotischen) Entstehungsbedingungen verstanden. Die Konversionsneurosen und die funktionellen Syndrome (s.u.) sind auf der psychogenen Seite anzusiedeln, die Psychosomatosen und die somatopsychischen Störungen eher auf der körperlichen (Hoffmann u. Hochapfel, 1995, S.174). In der Praxis heißt dies, daß ein symptomatisch relativ ähnlich

erscheinendes Krankheitsbild, wie das von zwei Migränikern nach einer genauen psychosozialen Diagnostik völlig unterschiedlich zu klassifizieren wären. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang, daß trotz zahlreicher Untersuchungsbefunde zu physiologischen Abläufen während des Migränegeschehens die Ätiogenese bislang ungeklärt geblieben ist.

1. Das Prinzip des Konversionsmechanismus („Die Ausdruckserkrankungen“ nach Uexküll)

Das Konversionsmodell wurde 1895 von Freud entwickelt und geht zurück auf seine frühe Vorstellung von der „Umsetzung (lat. conversio: Umwandlung) seelischer Konflikte in körperliche Phänomene“ (Hoffmann & Hochapfel, 1995, S. 175), was als sekundäre Somatisierung aufzufassen ist.

Freud (1895a, zit.n. Egle & Hoffmann, 1993) selbst stellt bei seinen Aufzeichnungen zu einer Patientin mit psychogenem Schmerz die Frage:

„Was ist es denn, was sich hier in körperlichen Schmerz verwandelt? Die vorsichtige Antwort wird lauten: Etwas, woraus seelischer Schmerz hätte werden können und werden sollen“ (S.233).

Über die körpersprachliche Symbolisierung eines unbewußten Konfliktes kommt es zu einer Spannungsabfuhr im Symptom. Die ursprüngliche angelegte Kausalität vom Konflikt über die Symbolisierung bis hin zum körperlichen Symptom hat mittlerweile eine Weiterentwicklung erfahren (Vgl. Somatopsychische Störungen). Das Prinzip des Konversionsmodell wird auch assoziiert mit dem Begriff „primärer Krankheitsgewinn“ (s.a. Chronifizierungsfaktoren). Er umfaßt den Gewinn, den der Kranke trotz belastender Symptome erhält. Psychodynamisch handelt es sich hier um das Motiv, das zur Aufrechterhaltung beiträgt. Eine Kritik richtet sich an die nie gelöste Frage, wie der „mysteriöse Sprung vom Psychischen ins Körperliche“ stattgefunden hat (Cremerius, 1977, S. 293).

2. Funktionelle Störungen (pychovegetative Störungen)

Die funktionellen Syndrome sind nur schwer von den Konversionsneurosen abzugrenzen. Trotz jahrelangen Bestehens sind auch hier keine organpathologischen Veränderungen auffindbar sind. Ihr „Ausdrucksgehalt“ ist geringer (Hoffmann u. Hochapfel, 1995, S. 208).

Auch hier spielen infantile, unbewußte Konflikte eine Rolle. Allerdings haben wir es hier weniger mit einer Symbolisierung zu tun, sondern mit der Umsetzung („Resomatisierung“) bewußter oder unbewußter Affekte in vegetative Spannungen. Die funktionelle Störung entsteht als „Affektkorrelat“, (Angst, o.ä. wird bewußt erlebt) oder als „Affektäquivalent“ (Angst wird nicht bewußt) erlebt (a.a.O., S. 211f.). In dieser Gruppe von Erkrankungen haben wir neben anderen chronischen Schmerzenerkrankungen mit chronischen Kopfschmerzen und Migräne zu tun.

3. Psychosomatosen („Bereitstellungserkrankungen“ nach Uexküll)

Die Psychosomatosen zählen zu den psychosomatischen Erkrankungen im engeren Sinne. In dieser Gruppe von Erkrankungen handelt es sich um die physiologische Reaktion der vegetativen Organe auf wiederkehrende psychische Spannungen. Der Konflikt ist hier primär körperlich geblieben und nicht im Sinne einer Resomatisierung oder Konversion aufzufassen (a.a.O., S.172). Das Störungsbild ist multifaktoriell: immunologische, degenerative, genetische Faktoren spielen neben psycho-sozialen ebenfalls eine wichtige Rolle (a.a.O., S. 245).

Nach Auffassung von Soyka (1983) läßt sich in der psychotherapeutisch-psychosomatischen Forschungsrichtung eine Tendenz erkennen, die Migräne den psychosomatischen Erkrankung im engeren Sinn zuzuordnen.

4. Die Somatopsychischen Störungen

Ein weiterer Anwendungsbereich des erweiterten Konversionsmodells umfaßt die Gruppe der somatopsychischen Störungen. Sie spielen bei der Migräne wahrscheinlich eine eher zu vernachlässigende Rolle, da eine organische Läsion durch ihre Zuweisung zum primären Kopfschmerz ausgeschlossen ist.

Diese Erkrankungsform ist primär organisch, sie kann aber durch den Betroffenen mit einer psychogenen „sekundären Bedeutungshaltigkeit“ (a.a.O., S. 176) belegt werden. Die körperliche Läsion wird nachfolgend mit Wünschen, Gefühlen und Konflikten assoziiert. Der Krankheitsgewinn umfaßt sowohl soziale als auch objektive Vorteile, beispielsweise in Form materieller Zuwendung (Rente).

Über die Prävalenz dieser Krankheitsformen vertritt Krämer (1984, zit.n. Ahrens, Egle & Merkle, 1995) die Auffassung, daß der rein psychogene Kopfschmerz eher selten sei, psychogene Anteile aber bei allen Kopfschmerzformen zu finden sind.

1.4.5 Das algogene Psychosyndrom

Eine gewisse Überschneidung hinsichtlich Symptomatik und Ätiologie besteht zwischen dem algogenen Schmerzsyndrom und der Depressivität. Eine affektive Niedergeschlagenheit und traurige Verstimmung entsteht allerdings auch als Reaktionsbildung auf die lang anhaltenden Schmerzzustände (Hoefert & Kröner-Herwig, 1999).

1.5 Migräneprävalenz in Deutschland

In der Literatur finden wir schwankende Prävalenzangaben zwischen 2- 6 % der Bevölkerung (Gerber, 1999; zit.n. Kröner-Herwig, 1999). Entsprechend verschiedener Studien tritt die Migräne auf:

- bereits im frühen Kindes- bis Jugendalter (ca. 11% der Jungen wie Mädchen zwischen 8 und 16 Jahren können über Kopfschmerz- bzw. Migräneerfahrung berichten (Vgl. Frankenberg & Pothmann, 1995),
- gehäuft bei Mädchen zu Beginn der Menses,
- mit zunehmendem Alter sind vermehrt Frauen betroffen (70:30),
- familiär gehäuft.

1.6 Chronifizierung

1.6.1 Definition „Chronifizierung von Schmerzen“

Hasenbring (1999) definiert den Begriff der Chronifizierung von Schmerzen folgendermaßen:

„Die Entwicklung akuter Schmerzen zu chronisch-rezidivierenden oder persistierenden Schmerzen wird mit dem Begriff der Chronifizierung beschrieben. Chronifizierung bezeichnet dabei einen Prozeß, an dem komplexe Wechselwirkungen zwischen physiologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beteiligt sind“ (S.161).

1.6.2 Chronifizierungskriterien

Als wichtigstes Kriterium für den chronischen Schmerz gilt der Zeitverlauf. Je nach Auffassung schwanken die Angaben zwischen einer Schmerzdauer ab 3 (Merskey, 1986, zit.n. Kröner-Herwig, 1999) oder 6 Monaten (Flor u. Turk, 1984, a.a.O.).

Darunter fallen anhaltende und anfallartig wiederkehrende Schmerzen wie die Migräne oder die Neuralgien.

Seitdem der Begriff der Chronifizierung in den Mittelpunkt der wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Diskussion gerückt ist, wird allerdings diese Zeitpunkt-Definition abgelöst durch eine mehrdimensionale Betrachtung, welche eine Standortbestimmung für einen Patienten oder eine Subgruppe erlaubt im Hinblick auf ihren Ausprägungsgrad. Ein Vorschlag von Basler (1999) umfaßt die folgenden Dimensionen der Chronifizierung:

- Anzahl der Behandlungsversuche (Anzahl der Ärzte und Therapien)
- Psychische Beeinträchtigung (Katastrophisieren, Hilflosigkeit, Selbstwertverlust, Angst, Depressionen)
- Soziale Beeinträchtigung (Veränderung sozialer Rollen, soziale Isolation)
- Berufliche Folgen (Fehltag, Arbeitsplatzverlust, Umschulung, Berentung)

1.6.3 Chronifizierungsfaktoren

Neben physiologischen Aspekten der Chronifizierung lassen sich auf der psychischen Ebene zahlreiche Risikofaktoren identifizieren, die einer Chronifizierung zuträglich sind (Hoffmann & Franke, 1993):

1. *Der primäre Krankheitsgewinn:*

Der bereits im Rahmen des Konversions-Modell dargestellte Mechanismus des primären („inneren“) Krankheitsgewinns ist als Mechanismus der Schmerzentstehung und Aufrechterhaltung zu verstehen in Form einer Entlastung, Stabilisierung und Kompensation. Er kann aus dieser Sicht als Schmerzentstehungs-Modell aufgefaßt werden.

2. *Der sekundäre Krankheitsgewinn:*

Er gilt als Aufrechterhaltungsmechanismus. Aus lerntheoretischer Sicht wird das chronische Schmerzsyndrom reduziert auf den Aspekt des sekundären Krankheitsgewinnes unter Vernachlässigung eines differenzierten Entstehungsmodells. Dabei wird auf operante Modelle der positiven Verstärkung in Form von Zuwendung und Aufmerksamkeit, negative Vermeidung unangenehmer Aktivitäten oder Bestrafung von „gesundem“ Verhalten focussiert (a.a.O., S. 158). In diesem Fällen wird von einer Gefahr einer intolerablen Instrumentalisierung des Schmerzes ausgegangen. Unklar bleibt, wo die soziale Unterstützung noch wünschenswert ist und wo sie zur Gefahr wird.

3. *Einfluß allgemeiner Lebensschicksale:*

Sie werden allgemein und unpräzise als „Streß“ bezeichnet, und in der „life-event“-Forschung klassifiziert, ohne zu beachten, daß diese nicht konstant belastend wirken müssen. Dazu gehören Unfälle, Veränderungen im beruflichen Umfeld, anhaltende soziale Spannungen, die chronifizierend wirken können. Sie sind allerdings vor dem Hintergrund der Gesamtlage zu betrachten und nicht als isolierte Faktoren (Vgl. Thomae, 1988).

4. *Persönlichkeitsmerkmale:*

Unter die Schmerzpersönlichkeit fallen eine Vielzahl von verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen. Diese werden an anderer Stelle in dieser Untersuchung noch eingehender diskutiert.

4. *Angst und Depressionen (s.u.)*

5. *kulturelle Faktoren:*

Hier ist der dysfunktionale Umgang in der medizinischen Versorgung anzuführen, der mit einer Konzentration auf somatische Befunde und unter Vernachlässigung psychosozialer Faktoren mit schädigenden Untersuchungen und Eingriffen zur Chronifizierung beiträgt. Auf den bedauernswerten Zustand unseres gegenwärtigen Gesundheitssystems haben Üexkuell & Wesiack (1979) treffend hingewiesen. Es besteht aus einer „...Medizin für Körper ohne Seelen auf der einen Seite und [aus] Therapeuten und Neuroseklinden für Seelen ohne Körper auf der anderen“ (a.a.O., S. 4).

Die oben aufgeführte Liste von Chronifizierungsfaktoren gibt nur einen kleinen Einblick in die Komplexität der Krankheitsentstehungsmechanismen.

1.7 Ätiologie und Pathogenese der Migräne

1.7.1 Das Spezifitätskonzept - Die Migränepersönlichkeit

Eine weitreichende Debatte ist mit der Annahme spezifischer Dispositionen eng verbunden. Sie hat eine lange Tradition und erfuhr durch die Arbeiten von Wolff (1937) einen besonderen Stellenwert. Sie zieht sich wie ein roter Faden durch die Migräneliteratur. Zahlreiche Persönlichkeitsmerkmale wurden in Untersuchungen als Beleg für die Existenz spezifischer Persönlichkeitsmerkmale herangezogen. Da sie alle auf der unteren Skala der sozialen Erwünschtheit rangieren, ist ihre stigmatisierende Wirkung sicherlich beträchtlich. Daraus hervorgegangen sind neuere Untersuchungen, die sich mit habituellen Bewältigungsstrategien und generellen Kausal- und Kontrollüberzeugungen („locus of control“) von Schmerz und Migräne befassen.

Die Spezifitätstheorie umfaßt verschiedene Ansätze:

1. Migräniker besitzen eine spezifische prämorbidie Persönlichkeitsstruktur, die eine ätiologisch relevante Rolle spielt. Dabei wird die „Migränepersönlichkeit“ aufgefaßt i.S. eines „Trait-Modells“ der Persönlichkeit-Forschung, wonach die Persönlichkeit die Strukturen umfaßt, die dann idiographisch zum Krankheitsgeschehen führen.
2. Die emotionale Spezifitätstheorie: spezifische emotionale Zustände und Konflikte führen zu spezifischen psychophysiologischen Reaktionsmustern und einhergehend mit fortwährender emotionaler Belastung zu einer Dysfunktion spezifischer Organsysteme (Alexander, 1971).

1.7.1.1 Die Migränepersönlichkeit aus psychoanalytischer Sicht

Bei der Frage nach dem Beleg der Existenz einer Migränepersönlichkeit gilt es, den Nachweis zu erbringen, daß es spezifische, überdauernde Persönlichkeitsaspekte gibt, die ursächlich für die Erkrankung sind, und in denen sich Migräniker deutlich von anderen psychosomatisch Erkrankten unterscheiden oder auch von Gesunden.

Die methodischen Ansätze hierzu unterscheiden sich erheblich (Knapp, 1983a):

1. In klinischen Studien erfolgt die empirische Erhebung anhand von Befragungsmethoden, die sich an psychodynamischen Konzepten orientieren (Rohrschach, klinische Tiefeninterviews) oder es wird eine Einschätzung „per Augenschein“ oder anhand klinischer Alltagserfahrung und Interaktionen vorgenommen (a.a.O., S. 104).
2. Die Überprüfung dieser Hypothesen zieht dann „objektive“ empirische Studien nach sich.

1.7.1.1.1 Die Rolle des perfektionistischen Leistungsanspruchs in der Entwicklung

Wolff war einer der ersten, der aufgrund klinischer Untersuchungen zu psychologischen und physiologischen Grundlagen der Migräne eine komplexe Struktur der Migränepersönlichkeit postulierte. Seiner Ansicht nach ist der Migräniker ausgestattet mit einer Reihe von Eigenschaften (Ehrgeiz, erhöhte Kränkbarkeit, Perfektionismus, Ordentlichkeit und Gewissenhaftigkeit, Tendenz zu Verspanntheit und depressiven Stimmungen, verdrängte Feindseligkeit), die insgesamt unter dem Begriff anankastisch (zwanghaft) einzuordnen sind. Wolff ging allerdings nicht davon aus, daß es sich bei diesen Merkmalen um kausale pathogenetische Faktoren handelte, sondern vertrat eher die Annahme, daß diese als Risikofaktoren zu werten sind, die in belastenden Lebenssituationen Migräne auslösen können. Bei diesen Patienten besteht nach seiner Auffassung eine Diskrepanz zwischen Anspruch und Leistungsvermögen, was zu vermehrten inneren Konflikten führt. Außerdem verfügen sie oft über einen inadäquaten Ausdruck von Gefühlen und inadäquate Reaktionen bei Belastungen aufgrund von Ängstlichkeit und Unsicherheit. Daraus entsteht eine erhöhte emotionale und physiologische Erregung und eine erhöhte Wahrscheinlichkeit einer Migräneattacke (Wolff, 1937, zit.n.Knapp, 1983a).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Dührssen (1967), Haas (1978) und Schultz-Hencke (1970). Sie stießen in ihren Studien zum biographischen Hintergrund von betroffenen Frauen zu einem großen Teil auf eine affektive Mangelkonstellation verursacht durch mütterliche Rigidität, die begleitet war von einem hohen Leistungsanspruch. Die Väter wurden eher weich und verwöhnend geschildert. Daraus resultierte bei den Patientinnen eine Identifikation mit dem hohen mütterlichen Leistungsanspruch verbunden mit dem impliziten Wunsch nach Anerkennung.

Dührssen (1967) findet die Kinder dieser Eltern schon früh verhaltensauffällig in der Weise, daß sie nicht in der Lage sind, entspannt zu spielen oder zu genießen. Bei diesen Kindern wird der aggressive Protest gegenüber den hochgesteckten Leistungsanforderungen verdrängt. Dies führt zu einem zunehmenden Gefühl von Hilflosigkeit gegenüber den Leistungsansprüchen der Eltern und damit zu einem ständigen Gefühl der Überforderung in der Schule, was seine Fortsetzung dann später in der beruflichen Ausbildung und im Beruf findet.

Die bei Migränikern oft vorzufindende Depression wird häufig mit der Aggressionsabwehr und der Wendung gegen sich selbst und Minderwertigkeitsgefühlen interpretiert. Ebenso relevant ist jedoch auch die häufig erlebte Frustration aufgrund des Scheiterns am eigenen Leistungsideal.

1.7.1.1.2 Die Rolle krankheitsspezifischer Emotionen und psychodynamischer Konflikte: Der Aggressionskonflikt und dessen Abwehr (Äquivalenz-Modell)

Neben der perfektionistischen Leistungseinstellung kommt auch den unterdrückten Aggressionsimpulsen eine bedeutsame Stellung in der psychoanalytischen Forschung zu. Alexander (1971), einer der Gründer der psychosomatischen Medizin, betrachtete die Persönlichkeitszüge des Kopfschmerzpatienten eher als Abwehr- und Adaptionsversuch denn als Prädisposition. Er unterschied folgende psychodynamische Grundkonstellationen bei der Entstehung psychosomatischer Erkrankungen:

1. Konversionssymptome, wie auch Freud sie verstand, nämlich als symbolischer Ausdruck unerträglicher, emotionaler Konflikte.
2. Symptome der vegetativen Neurose (Organneurose). Diese betrachtete er als körperliche Begleiterscheinung chronisch unterdrückter emotionaler Spannungen (Affektäquivalent).

Zu Punkt 2 führt Alexander im Hinblick auf die Entstehung der Symptome in Zusammenhang mit verdrängter Feindseligkeit und Wut bei Migränepatienten aus, in welcher Weise ein voll ausgeführter aggressiver Akt verläuft. Er nennt drei Phasen:

1. Die Vorstellungsphase (gedankliche Vorbereitung)
2. Die Phase der vegetativen Vorbereitung (vegetative Vorbereitung des Körpers auf volle Leistung durch Veränderung der Blutzirkulation, etc.)
3. Neuromuskuläre Phase (Ablauf der aggressiven Tätigkeit)

In allen drei Phasen kann es zu einer Hemmung kommen (a.a.O.):

„Im Rahmen der Spezifität der auslösenden psychodynamischen Faktoren ist die Art der Feindseligkeitsantriebe von Bedeutung (...). Wenn die Hemmung schon in der psychologischen Vorbereitung auf einen aggressiven Angriff stattfindet, so entwickelt sich ein Migräneanfall“ (S. 121-122).

Er kommt zu der Überzeugung, „...daß Migräniker vorwiegend Denker und nicht Tatmenschen sind...“ (S. 122). Die Spezifität ist also in der Konfliktsituation zu sehen und zusätzlich in der Konstitution des Organs. Die körperlichen Symptome sind physiologische Begleiterscheinung emotionaler Spannungen in Form von muskulären Verspannungen oder vaskulären Veränderungen. Auch Fromm-Reichmann (1978) stellt die Aggressionsabwehr in den Mittelpunkt ihrer klinischen, psychodynamischen Betrachtungen zur Migräne. Sie stellte die Frage, warum diese Patienten gewissermaßen die Symptome der Migräne wählen, um feindselige Gefühle auszudrücken. Acht von ihr untersuchte Migräniker richteten ihren Beobachtungen zufolge ihre feindseligen Impulse gegen meist intellektuell überlegene Partner. Die Kopfschmerzattacke bedeutet dann die gegen sich selbst gerichtete Strafe für die unakzeptable Feindseligkeit gegenüber einer bewußt geliebten Person.

1.7.1.1.3 Die Französische Psychosomatische Schule (Das Alexithymie-Konzept)

In den 60er Jahren entwickelte sich ein umfangreiches psychoanalytisches Interesse an der Erforschung psychosomatischer Krankheiten. Die Autoren der Französischen Schule (Marty, de M'Uzan & David, 1957, zit.n. Hoffmann & Hochapfel, 1995) glaubten in ihren Studien eine spezifische „psychosomatische Persönlichkeitsstruktur“ gefunden zu haben. Für sie zeichnen sich diese Menschen durch eine hohe Angepaßtheit und Tüchtigkeit aus. Sie sind

bemüht, ihrem Leben den Anschein von Normalität zu geben. Ihr einziges Problem besteht für sie in ihren somatischen Beschwerden, deren Ursprung sie einzig in ihrer körperlichen Natur sehen. Ihre Lebenssituation wird konfliktlos und positiv dargestellt und läßt eine emotionale Beteiligung vermissen. Folgende Kennzeichen gelten als typisch für die psychosomatische Struktur :

- *Operationales Denken:*

Es umfaßt eine gewisse Ich-Ferne im Erleben, die eine Verbindung der Symptome mit der eigenen Biographie nicht zuläßt sowie eine emotionale Leere zu seelischen Inhalten und eine Tendenz, die eigene Lebenssituation als geglückt und trotz belastender Umstände als normal darzustellen. Der sprachliche Ausdruck dieser Patienten wird als schlecht bezeichnet.

- *Psychosomatische Regression:*

Die psychosomatische Regression bezeichnet ein primitives Abwehrsystem mit aggressiven und autodestruktiven Tendenzen in Form der Somatisierung.

- *Ich-Störungen:*

Gemeint ist damit eine partielle psychische Unreife einhergehend mit einer rigiden Abwehrorganisation und der Unfähigkeit zu einer echten Übertragungsbeziehung. Die sozialen Beziehungen sind von einer Leere geprägt.

- *Projektive Verdoppelung:*

Der psychosomatisch Erkrankte betrachtet sich und seine soziale Umwelt mit einer stereotypen Gleichmachung.

Auswahlverfahren:

Die Auswahl der Patienten erfolgte nach einer Auswahl von Erkrankten aus der 3. Pflegeklasse Pariser Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie, etc. Sie wurden zu einem Interview „bestellt“. Aufgrund der französischen Tradition der öffentlichen Vorstellung der Patienten zu Lehrzwecken, hatten die Patienten wenig Möglichkeiten, ihre Vorstellung zu verweigern.

Datengewinnungsmethode:

Die Interviews wurden im Beisein mehrerer Studenten und jüngerer Ärzte durchgeführt. Die Befragung ließ also an Vertraulichkeit zu wünschen übrig.

Diagnostisch tauchten hier neben Allergikern und essentiellen Hypertonikern auch Migräniker auf (Cremerius, 1977).

Demographisch wurden die Merkmale der Französischen Schule unter Mißachtung der Auswahlmethode vor allem Angehörigen der unteren Bildungs- und Einkommenschichten zugeschrieben.

In Anlehnung an diese Struktur bestand das Konzept der „Alexithymie“ einiger amerikanischer Autoren (Nemiah, Freyberger & Sifneos, 1976).

Die Einwände gegen das Alexithymie-Konzept (und das der psychosomatischen Struktur) erfolgen durch zahlreiche Autoren (Cremerius, 1977; Hoffmann & Hochapfel, 1995; Knapp, 1983a). Sie kritisieren das Konzept mit folgenden Begründungen:

- Der Nachweis für die Spezifität der Alexithymie bei psychosomatischen Erkrankungen ist bis heute nicht erbracht (Hoffmann & Hochapfel). Der Zugang zu den eigenen Gefühlen tritt ebenso bei Menschen mit anderen Störungen auf, wie auch bei Gesunden.
- Die Stichprobenauswahl wird bestimmt durch das Erscheinen in bestimmten Institutionen (Praxen, Kliniken etc.)
- Die Art der Befragung produzierte die erwarteten Effekte (Cremerius, 1977).

Im Übrigen kommt Cremerius (a.a.O.) in einer Untersuchung zu den Verlaufsformen zahlreicher funktioneller Syndrome zu dem Ergebnis, daß die Verläufe bezüglich Dauer, Persistenz, Veränderung und Entwicklung beim funktionellen Kopfschmerzsyndrom im Gegensatz zu vielen anderen funktionellen Syndromen keine einheitlichen Formen zeigen. Er stellt fest:

„Entscheidend ist aber, daß hier der Krankheitsträger die Ausprägung des Verlaufs bestimmt und krankheitseigene Tendenzen nicht erkennbar sind“ (S. 57).

Die Möglichkeit einer sinnvollen Bildung von Subgruppen, die sich im Hinblick auf die Indikation von Therapie an den Bedürfnissen des Patienten orientieren, hat Volger (1984) erarbeitet (s.u.).

Kritik an den Ergebnissen klinischer Beobachtung:

Aus der Übereinstimmung einiger Persönlichkeitsfaktoren einen Beleg für die Existenz einer pathogenetisch-kausalen Migränepersönlichkeit abzuleiten erscheint aus verschiedenen Gründen nicht gerechtfertigt (Larbig, 1982):

- Nicht bei allen Migränikern läßt sich eine auffällige Persönlichkeitsstruktur finden sondern bei einem Drittel eine unauffällige bzw. normale Persönlichkeit, bei zwei Dritteln erhöhte Sensibilität mit aufgestauten Emotionen und Perfektionismus.
- Es lassen sich teilweise identische Persönlichkeitsfaktoren auch bei andersartigen, psychischen oder psychosomatischen Störungen, z.B. bei Phobien und Zwangsneurosen.
- Sie basieren auf stark selegierten, unrepräsentativen Stichproben, d.h. die untersuchten Patienten sind meist diejenigen, die in den Arztpraxen erscheinen. Eine Vielzahl der Patienten geht aber nicht unbedingt zum Arzt.
- Die Resultate entstehen durch subjektive, nicht-standardisierte Datenerhebungen und das Urteil der Untersucher ist durch die Kenntnis der Diagnose beeinflusst.
- Es fehlen Kontrollgruppen.
- Die Beobachter berufen sich auf psychoanalytische Konzepte (Abwehr, Unbewußtes, etc.), so daß der Verdacht einer „selektiven und theorienkonformistischen Datenerhebung“ entsteht (Schneewind, 1992, S. 203).

1.7.1.1.4 Angst und Depression als Schmerzäquivalent

Andere Datengewinnungsmethoden bestehen aus „Self-reports“, die anhand psychometrischer Fragebögen erhoben werden.

So versuchte man, beginnend in den 40iger Jahren, Aspekte der spezifischen Schmerzpersönlichkeit überwiegend mit dem Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) zu erfassen. Es wurde vor allem zur Unterscheidung von psychogenen und somatogenen Schmerzerkrankungen eingesetzt.

Als Beleg für die larvierte Depression bei der Migräne (neben dem Lendenwirbel-Syndrom) galt lange das sogenannte „Konversions-V“ (Synonym: „Neurotische Triade“). Dieses entsteht durch die stark erhöhten Werte des MMPI auf der somatischen „Hypochondrie-Skala“ (Hs, Skala 1) und der „Hysterie-Skala“ (Hy, Skala 3), sowie nur mäßige Werte auf der dazwischenliegenden Depressions-Skala (D, Skala 2). Die so erhobenen Befunde wurden interpretiert als Depressions-Verleugnung durch körperliche Symptome, und generell als erhöhte Tendenz zum Neurotizismus (Henryk-Gutt & Rees 1973; Kröner 1982, zit.n. Kröner-Herwig, 1999; Philips, 1976;).

Andere Studien mit dem MMPI kamen jedoch insgesamt zu sehr widersprüchlichen Ergebnissen. (Naliboff, et.al., 1982, Sternbach, et.al., 1973b, zit.n.Egle & Hoffmann, 1993):

- So fand Sternbach (1973b, a.a.O.) erhöhte Werte auf der 1. und 3. Skala auch bei anderen Schmerzsyndromgruppen, egal ob mit oder ohne körperlichen Befunden.
 - Der Neurotizismus-Score differenziert ebensowenig zwischen Schmerzsyndromen und anderen körperlichen oder psychischen chronischen Erkrankungen.
 - Auch bei akuten Schmerzen konnten die Befunde nicht bestätigt werden.
 - Das Meßinstrument (MMPI) wird aus zahlreichen Gründen in Frage gestellt (Leavitt, 1985, a.a.O., S. 151):
1. Die Hs- und Hy - Skala enthalten eine Reihe von Items, die sich mit körperlichem Empfinden beschäftigt, so daß hohe Werte auf diesen Skalen für psychosomatisch oder auch körperlich Erkrankte zu erwarten sind. Jede andere Skala dazwischen würde ebenfalls ein „V“ produzieren, beispielsweise eine Angstskala.
 2. Bei allen chronisch Kranken findet man durchweg emotionale Störungen, die auch als *Folge* der Erkrankung auftreten können.

Merinkangas (1990) fand in ihrer Züricher Kohortenstudie, daß eher Angstsyndrome mit Migräne assoziiert sind, häufiger als mit Depressionen, und daß die Angst ein lange vernachlässigter Faktor im Migränegeschehen ist. Eine ähnliche Auffassung vertritt Seemann in ihrem Artikel „Angst und Schmerz sind Geschwister“ (1998).

Zusammenfassung der Kritikpunkte:

Viele Ergebnisse lassen sich auf die Nichtvergleichbarkeit der Stichproben aufgrund unterschiedlicher Selektionsverfahren zurückführen. Die Wechselwirkung zwischen Symptom und Persönlichkeit wurde lange gar nicht berücksichtigt. Die gefundenen Persönlichkeitszüge sind nicht auf eine Persönlichkeitsstruktur vor Schmerzbeginn zurückzuführen. Dem Chronifizierungsprozess wird zu wenig Beachtung geschenkt.

1.7.2 Paradigmawechsel im Hinblick auf die Schmerzpersönlichkeit

Insgesamt ist in der Betrachtung der Schmerzpersönlichkeit ein Paradigmawechsel eingetreten. Die Suche nach der ätiopathogenetischen Persönlichkeit ist der Aufmerksamkeit für postmorbide Aspekte der Aufrechterhaltung aufgrund persönlichkeitsbedingter Bewältigungsformen gewichen. Volger spricht vom „Uniformitätsmythos“ (1984), dem die ätiologische Forschung erlegen ist. Sie verweist auf die zunehmenden Forderungen einiger Autoren nach therapieorientierten Diagnoseverfahren und einer am Klienten orientierten Diagnostik, die seine Therapie-Eignung sowie seine Bedürfnisse berücksichtigt. Sie entwickelt in Anlehnung an das Alexithymie-Konzept Indikations-Kriterien für eine Therapieeignung von Psychosomatikern. Vorgefunden wurde eben nicht die postulierte psychosomatische Persönlichkeitsstruktur, sondern verschiedene Bewältigungsformen, die eine Einteilung in 3 Subgruppen erlaubt:

- Während die erste Gruppe der Alexithymie-Konzeption entspricht und keine Bezüge herstellt zwischen ihren Kopfschmerzen und persönlichen Problemen,
- werden in einer zweiten Gruppe bedeutsame Lebensereignisse zwar angesprochen, aber ohne korrespondierende emotionale Beteiligung, und nicht weiter problematisiert.

Innerhalb einer Psychotherapie entspringt ihre Bereitschaft zur Mitarbeit keinen persönlichen Motiven.

- Nur in der dritten Gruppe werden Bezüge zu persönlich bedeutsamen Lebensereignissen hergestellt und Emotionen authentisch kommuniziert. Hier besteht die größte Bereitschaft zur Teilnahme an einer Psychotherapie und auch der größte Leidensdruck.

1.7.2.1 Abschließende Betrachtung zur Existenz der Migränepersönlichkeit

Aus heutiger Sicht gilt der Beleg für die spezifische Migränepersönlichkeit als nicht erbracht. Die zahlreichen Untersuchungen dazu können vor allem wegen methodischer Mängel nicht als Beweis gewertet werden. Nur in wenigen der untersuchten Merkmale konnten Abweichungen zur allgemeinen Bevölkerung gefunden werden, ansonsten gibt es keine Unterschiede zu anderen Schmerzsyndromgruppen oder sonstigen „Störungsträgern“, und diese Abweichungen beziehen sich vor allem auf Patienten, die einen Arzt aufsuchen.

1.8 Die Schmerzpersönlichkeit im Einflußbereich des Coping-Konzeptes

1.8.1 Schmerz- und Krankheitsbewältigung

Auch wenn die Existenz einer Schmerzpersönlichkeit aus heutiger Sicht überwiegend bezweifelt wird, ist die Frage nach der Bedeutung der Persönlichkeit des Schmerzpatienten für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Schmerzgeschehen weiterhin von zentraler Bedeutung, und zwar unabhängig von ihrer prämorbidem Existenz oder der späteren Entstehung oder Verfestigung in der Auseinandersetzung mit dem Schmerz. Allerdings ist sie zunehmend Gegenstand der experimentell orientierten psychosomatischen Forschung geworden. Dort dominiert eine Hinwendung zu kognitiv-emotionalen und behavioralen Aspekten des Schmerzgeschehens, die ihren Ursprung in sozialpsychologischen Attributionstheorien und in trait-orientierten Coping-Konzepten haben.

Kröner-Herwig (1999) und andere Autoren, die dem verhaltensmedizinischen Paradigma verpflichtet sind, stellen Kontrollüberzeugungen, Kausalattributionen und Bewältigungsstile als relativ stabile Größen und als habituelle „Merkmale“ in den Mittelpunkt ihrer Untersuchungen. Die Erhebung dieser Attributionen über Fragebogenverfahren sollen Einblicke in die sogenannten „subjektiven Krankheitstheorien“ ermöglichen. So verstanden glaubt man, aus den Überzeugungen und Attributionen andere Variablen, wie bspw. Kooperativität in der Arzt-Patienten-Beziehung bzw. Therapeuten-Patienten – Beziehung (Compliance) oder gar den Behandlungserfolg vorhersagen zu können.

Man betrachtet diese kognitiven und behavioralen Stile als wesentlich mitverantwortlich für die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Schmerzgeschehens. Ein weiterer Nutzen dieser Untersuchungen wird in der Entwicklung von Therapieprogrammen gesehen, die sich mit der Veränderung dieser Attributionen befassen.

Die Depression wird aus diesem Blickwinkel aufgefaßt als kognitiv-emotionale Verarbeitungsdisposition, deren kognitive Komponente auf „automatischen, dysfunktionalen“ Gedanken, den sogenannten „Denkfehlern“ beruht (Levebvre, 1981, zit.n. Kröner-Herwig, 1999, S. 205).

Darunter fallen die „Übeneralisation“ („Das wird nie besser!“), oder das „Katastrophisieren“ („Bei der nächsten Migräneattacke breche ich zusammen“), die nach Auffassung von Kröner-Herwig (1999) und Jensen & Karoly (1991) langfristig eine Anpassung an chronische Schmerzen erschwert oder zu deren Aufrechterhaltung wesentlich beigetragen hat.

Kröner-Herwig (1999) betrachtet passives Coping und Katastrophisieren als die Faktoren, die mehr zu einer starken schmerzbedingten Behinderung beitragen als die Schmerzintensität selbst.

Des weiteren als ungünstig betrachtet werden die sogenannten „falschen“ - externalen - Kontrollüberzeugungen und organmedizinische Ursachenzuschreibungen, weil sie einen wesentlichen Einfluß auf die Behandlungsstrategien haben (S.a. Volger, 1984). Sie gehen mit einer geringen internalen Kontrollüberzeugung einher (Nilges, 1992; Schermelleh-Engel, 1992, zit.n. Ruoff 1997; Sternbach, 1986;). Vor allem bei langanhaltenden medizinischen Behandlungen führt dies oft zu Verstärkung von Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit. Selbstbewußtsein in der Einschätzung der eigenen Kompetenz bewirken eine positive Entwicklung und Anpassung an die Schmerzen. Bei niedrigem Kompetenzzempfinden werden belastende Emotionen stärker wahrgenommen und führen zu verstärktem Rückzugsverhalten. Die subjektive Bewertung des eigenen körperlichen Zustandes hat also einen wesentlichen Einfluß auf die Anpassung an die Krankheit und auf ihr Funktionsniveau als objektive Schmerzparameter (Kröner-Herwig, 1999).

Andere Autoren (Florin, 1985; Kröner-Herwig et al., 1996, zit.n. Ruoff, 1997) befassen sich mit *behavioralen* Aspekten von Schmerzbewältigung, um sie entweder als Risikofaktoren oder als gesundheitsförderlich und bei der Krankheitsbewältigung hilfreich einzustufen. Je nach theoretischer Grundannahme werden Dichotomien eingeführt, die im Wesentlichen auf die Dimensionen „aktiv“ vs. „passiv“, „problemlösend“ oder „vermeidend“ abzielen. Favorisiert wird vor allem ein Coping-Ideal, das man als aktiv und problemorientiert bezeichnet und das gewissermaßen vom gesunden Kranken ausgeht.

Problematisch an der oben dargelegten Auffassung ist, daß durchweg aktives Verhalten (Typ-A-Verhalten) sich als ebenso schädlich erwiesen hat, wie durchweg vermeidendes Verhalten. Optimal ist eine angemessene Balance zwischen Phasen der Ruhe und der Erregung entsprechend den eigenen Ressourcen und Bedürfnissen in Abwägung mit den Anforderungen. Somit wirkt also „Flexibilität“ im Umgang mit Belastungen gesundheitsfördernd.

Auch Nilges (1996) kommt zu der Überzeugung, daß aktive Schmerzbewältigung, die auf die Veränderung unbefriedigender Lebensumstände und situativer Zwänge gerichtet ist, nur zu Beginn einer Schmerzerkrankung sinnvoll ist. Im weiteren Krankheitsverlauf erweist sich vor allem eine Neuanpassung individueller Zielsetzungen an die sich verändernden körperlichen Möglichkeiten und eine positive Neubewertung der eigenen Person als Schutzfunktion. Diese „flexible Zielanpassung“ (a.a.O., S. 45) führt aus seiner Sicht zu einer Beibehaltung einer positiven Lebensperspektive und zu weniger Rückzugsverhalten und infolgedessen zu weniger Depressionen.

1.8.2 Alexithymie und Schmerzbewältigung aus neuer Sicht

Die bei Migränikern (neben Depressiven u.a. Psychosomatikern) häufig vorgefundene Tendenz auf Belastungen mit Ausweichen und Vermeiden und mit „mangelndem Emotionsausdruck“ zu reagieren, erfährt eine Revision (Florin, 1985, S. 128). Innerhalb des Coping-Konzepts wird dies nun als passive Bewältigungsstrategie aufgefaßt, die zur Aufrechterhaltung der Belastung beiträgt mit den entsprechenden pathologischen

Konsequenzen. Betrachtet man allerdings die Funktion dieser Reaktionsform, so könnte man dies ganz allgemein als Vermeidungsverhalten betrachten, welches nicht geeignet ist, Belastungen abzubauen. Aus kommunikativer Sicht stellt es ein Hindernis dar, insbesondere engsten Bezugspersonen mitzuteilen, welche Situationen oder Aspekte als störend empfunden werden, um hier Abhilfe zu schaffen. Darüber hinaus behindert es den Aufbau tragfähiger sozialer Beziehungen. Die Ursachen könnten vielfältiger Art sein (Unsicherheit, Vermeidung von Auseinandersetzungen, Vermeidung eines Aktivierungsanstieges, Angst vor den Aggressionen anderer Menschen, Angst sich mit seinen privaten Lebensäußerungen zu zeigen). Emotionale Aufgeschlossenheit und Mitteilsamkeit ist eine wichtige Voraussetzung für den Ausbau eines sozialen Unterstützungssystems.

Eine weitere Annäherung an ein Verständnis entwickelt man vielleicht bei der Betrachtung, über welche Kompetenzen der Betroffene verfügt in der sozialen Interaktion, oder über welche Interaktionsmuster und -strategien. Verschiedene Autoren (Seemann & Zimmermann, 1999; Volger, 1984; Wahl, 1994) betonen zunehmend den Grundgedanken der Kommunikationsstörung, der im Kontext einer medizinisch nicht zu klärenden chronischen Schmerzerkrankung auftritt und der mit Hilfe einer ausführlichen biographischen Anamnese zu klären sei. So könnte der chronische Schmerz als Kommunikationsinstrument eingesetzt werden für dysfunktionale Kommunikationsstrategien, falls die Möglichkeit fehlt, sich seinen Mitmenschen emotional mitzuteilen und andererseits deren Bedürfnisse auch wahrnehmen zu können. Der Schmerz könnte dann allgemein ausgedrückt als „Mittel zur Systemstabilisierung in psychosozialen Regulationssystemen“ dienen (Seemann & Zimmermann, 1999, S.37).

1.9 Biographische Orientierungen von Streß- und Krankheitsbewältigung

Die trait-orientierte Betrachtung von Coping und dem ihr zugrundeliegenden Reiz-Reaktions-Modell ist nicht unumstritten. Innerhalb einer biographisch orientierten Streß und Bewältigungsforschung focussieren prominente Vertreter (Lazarus & Folkman, 1984) eher auf den Prozeß und betrachten die verschiedenen Stadien der Neubewertung belastender Ereignisse. Sie definieren Coping

„...as constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person“ (a.a.O.; S.141).

Die Untersuchung von Coping-Strategien als überdauernde Strukturen birgt auch für Thomae (1988) zahlreiche Probleme in sich. Beispielsweise läßt sich die Komplexität und Variabilität von Bewältigungsformen mit eindimensionalen Fragebögen nicht erfassen. Viele Untersuchungen betrachten bspw. die Migräne als die wesentliche Belastung im Leben einer Person, unklar bleiben jedoch, welche Lebensaspekte davon betroffenen sind (Beruf, soziale Kontakte, Selbstbild). Darüber hinaus bringen körperliche Erkrankungen zahlreiche weitere Belastungen mit sich: Es müssen therapeutische Maßnahmen durchgeführt werden, eine emotionale Balance muß wiederhergestellt werden oder ein positives Selbstbild aufrechterhalten bleiben. Die sozialen Beziehungen können belastet werden, existentielle oder finanzielle Bedrohungen müssen kompensiert werden.

Die Implementierung der Kategorien erfolgt überwiegend logisch - deduktiv (s.a. Methodenteil), so daß durch die Erhebung mit dem Fragebogen der Kontext verloren geht. Die Interpretation der Daten erfolgt ohne ihren „semantischen Gehalt“ (a.a.O., S. 113), der lebensweltliche Hintergrund wird nicht beachtet, bzw. verliert seine Bedeutung. Andere Belastungen werden in den meisten Untersuchungen nicht berücksichtigt.

Eine andere Kritik von Thomae (a.a.O.) richtet sich auf die Begriffe „Coping“ und „Bewältigung“ und bezieht sich auf die Vernachlässigung derjenigen Verhaltensweisen, die durch den Begriff Bemühung nicht erfaßt werden, z.B. das „Hinnehmen“ von Situationen, Gefühle der Angst, Wut, Resignation, Trauer, Identifizierung mit anderen Personen. Er meint dazu:

„Eine Klassifikation von Coping-arten, die sich auf eine genügend breite Erfahrungsbasis und nicht nur auf Fragebogenuntersuchungen bei Erstsemestern der Psychologie stützt, stößt jedoch auf Schwierigkeiten, wenn sie diese Definition konsequent anwendet“ (S. 83).

Aus seiner Sicht ist der Begriff der „Reaktionsform“ umfassender, da er alle kognitiven, praktischen, emotionalen, physischen aktiven und passiven Reaktionen einschließt (a.a.O., S. 85). Aufgrund dieser m.E. berechtigten Kritik werde ich in dieser Arbeit die Begriffe Schmerzbewältigung, Krankheitsbewältigung und Krankheitsverarbeitung zwar weiterhin, aber in diesem erweiterten Sinne verwenden.

Eine zweite große Forschungsrichtung nähert sich dem Gegenstand der Krankheitsbewältigung mit einem breiteren Blickwinkel. Sie betrachtet Ursachenvorstellungen und Kontrollüberzeugungen eingebettet in einen Gesamtkomplex von Kognitionen, den Patienten von Körper und Krankheit entwickeln. Dieser Forschungszweig, der sich mit der Rolle der „Laientheorien“ in der Allgemeinpraxis beschäftigt, geht auf Balint (1961) zurück. Diese Laientheorien oder auch „Subjektive Krankheitstheorien“ entstehen weitgehend unabhängig von Expertenwissen, bleiben aber meistens unberücksichtigt in der Arzt-Patienten-Beziehung (Therapeuten-Klienten-Beziehung). Sie sind definiert als „gedanklichen Konstruktionen Kranker über das Wesen, die Verursachung und die Behandlung ihrer Erkrankung. Gegenüber bloßen Kognitionen oder Einstellungen zeichnen sie sich durch ihre argumentative Struktur aus“ (Faller, Schilling & Lang, 1991, S. 28f.). Der Unterschied zu Expertentheorien liegt vor allem in der persönlichen Betroffenheit. Subjektive Krankheitstheorien helfen dem Kranken, mit Gefühlen seelischer oder körperlicher Existenzbedrohung fertig zu werden. Damit bemüht sich der Patient, sich selbst mit der Erkrankung zu verstehen während der Arzt diese eher erklären möchte.

Methodisch unterscheidet sich diese Forschungsrichtung durch eine Verwendung halbstandardisierter Interviews und eine phänomenologisch orientierte Inhaltsanalyse, die eine bessere Annäherung an den Prozeßcharakter krankheitsbezogener Bewältigung erlaubt (Vgl. Faller, Schilling & Lang, 1991).

Zusammenfassung:

Insgesamt kann man sagen, daß der Diskurs zur Existenz einer prämorbid oder postmorbid Persönlichkeit nicht hilfreich ist für ein Gesamtverständnis vom Betroffenen in seiner Krankheit und Lebenslage. Auch der statische Blickwinkel begrenzt Krankheitsbewältigung auf das Ergebnis einer Persönlichkeit, die stets in einer festgelegten Weise auf eine Krankheitssituation reagiert und dann aus einer normativen Expertensicht als schädigend oder nützlich eingestuft wird. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Kriterien der Nützlichkeit und Schädlichkeit von Krankheitsbewältigung neu zu definieren und der subjektiven Sicht des Betroffenen selbst gerecht zu werden. Ebenso muß der Zugang zum Forschungsfeld psychosoziale und kommunikative Aspekt von Schmerz und Bewältigung berücksichtigen. Außerdem sind Krankheits- und Schmerzbewältigung keine statischen Gebilde sondern kontextabhängig. Demzufolge muß den „Verlaufsgestalten“ Rechnung getragen werden (Laux und Weber, 1987, S.288). Die subjektive Bewertung von Belastungen durch die Betroffenen erfolgt nicht isoliert sondern vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund, so daß dieser mit in die Forscherperspektive aufgenommen werden muß.

2 METHODE

2.1 Forschungsstand

Bis heute ist in der Migränerforschung kein erkennbares zusammenhängendes Entstehungsmodell in Sicht. Die lückenhaften Kenntnisse über die Ätiologie der Migräne werden erschwert durch die großen interindividuellen Schwankungen des Krankheitsbildes. Zwar wurde dem lange Zeit dominierenden medizinischen Schmerzmodell schon in den 50er Jahren eine rege psychoanalytische, systemische und persönlichkeitsbezogene Forschungstätigkeit entgegengesetzt, die allerdings mittlerweile in der Sackgasse zu stecken scheint. Die psychoanalytische Sichtweise wurde einfallanalytisch begründet und betonte vor allem den Entwicklungsgedanken. Gegenwärtig zeigt sich, daß experimentell orientierte Theorien und Verfahren das Forschungsgebiet dominieren. Das Erkenntnisinteresse scheint von der Vorstellung geleitet zu sein, daß aus vorgefundenen Verhaltensmustern die Vorhersage von Variablen wie „Kooperativität“ oder der „Behandlungserfolg“ ermöglicht wird. Sämtliche mir vorliegenden Untersuchungen zum Thema Migräne und Bewältigungsformen waren quantitativer Art, die Erhebung erfolgte über Fragebögen. Die einzigen qualitativen Untersuchungen entstanden im Rahmen von Diplomarbeiten an der TU-Berlin.

2.2 Spezifizierung der Fragestellung

Ein Anliegen meiner Arbeit bestand in der Erfassung von Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung und deren Genese bei der Migräneerkrankung. Dabei lag das Ziel darin, zu einem besseren Verständnis für die Ätiologie dieses Krankheitsbildes und deren Belastungen zu kommen. Mein zentrales Interesse richtete sich dabei auf die frühen und aktuell bestehenden sozialen Faktoren, die als einflußreich sowohl für die Genese der Bewältigungsstrategien als auch für die Aufrechterhaltung der Erkrankung angesehen werden können. Mein weiteres Anliegen war es, sich dem Gegenstand von einem biographischen Blickwinkel her zu nähern und damit der individuellen Perspektive der Betroffenen selbst oberste Priorität einzuräumen. Die Realisierung erfolgte unter Berücksichtigung der Strategien, die sich aus der subjektiven Sicht der Betroffenen positiv oder negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken. Ein anderer Aspekt meines Interesses richtete sich auf die bestehenden Wechselwirkungen zwischen Bewältigungsressourcen und wahrgenommenen Belastungen und deren Rückwirkungen auf die Krankheitsentwicklung selbst.

Die konkreten Fragen im Hinblick auf den Untersuchungsgegenstand Migräne lauten:

- Welche subjektiv wahrgenommenen Konflikt- und Belastungssituationen werden im Entstehungskontext und Krankheitsverlauf der Migräne genannt?
- Welche Bewältigungsformen stehen zur Verfügung und welchen Beitrag leisten sie für das *Chronifizierungsgeschehen*?
- Lassen sich psychosoziale und biographische Bezüge des Erwerbs von Bewältigungsformen erkennen?
- Welche Entwicklungen lassen sich im Krankheitsverlauf identifizieren?
- Sind die gefundenen Phänomene spezifisch für das Krankheitsbild der Migräne?

2.3 Erhebungsmethode

2.3.1 Erkenntnistheoretische Kontroverse um den Einsatz qualitativer und quantitativer Verfahren in der Sozialforschung

Trotz einer in den 70er Jahren einsetzenden weitreichenden Kritik an den Erkenntnissen quantitativer Forschung und einer „erschreckend geringen Alltagsrelevanz“ (Dörner, 1983; Flick, 1991; Jüttemann, 1989) hält sich bis heute die hartnäckige Vorstellung, daß allein die quantitativen Daten den Kriterien der Wissenschaftlichkeit standhalten. Auch die überzeugenden Hinweise auf die zahlreichen Mängel und Grenzen der quantitativen Forschung, die von seiten der Vertreter qualitativer Forschung dargelegt wurden, haben kaum zu einem Umdenken in diese Richtung geführt.

Auch scheint der gegenwärtige Methodenstreit den Eindruck zu erwecken, als seien beide Grundpositionen unvereinbar, was jedoch keineswegs der Fall ist. Vielmehr ergänzen sich beide Methoden oder gehen fließend ineinander über (Jüttemann, 1992).

2.3.1.1 Induktive versus deduktive Diagnostik

Eine wesentliche Kritik an der quantitativen Forschung richtet sich gegen das „Inversionsprinzip“, d.h. gegen eine unzulässige Umkehr des Verhältnisses von Gegenstand und Methode, welches zu einer Verkürzung des Untersuchungsgegenstandes auf ein naturgesetzlich und kausal gesteuertes Wesen führt, das von einem behavioralen Menschenbildmodell bestimmt wird (Jüttemann, 1992).

Vor allem im Zuge der Forschungsdiagnostik, welches als ein Unternehmen aufgefaßt werden kann, das der „Entdeckung von Zusammenhängen“ und der Theorienvorbereitung dient, plädiert Jüttemann (1985) für eine „offene“ Forschungsstrategie mit induktivem Charakter (a.a.O., S. 46). Es gilt hier die zu beschreibenden Strukturen erst zu entdecken und nicht, wie im Falle der Naturwissenschaften, von einer bekannten Struktur auszugehen und sie mit Hilfe einer theoriegebundenen hypothetico-deduktiven Operationalisierungspraxis im Nachhinein auf ihre Signifikanz zu prüfen. Wenn man die Dominanz quantitativer Verfahren als eine mögliche Ursache der Defizite der Indikationsforschung ansehen kann, dann läge ein wesentlicher Grund für die Anwendung qualitativer offener Forschungsstrategien darin, auf diesem Wege zu neuen Erkenntnissen zu gelangen (a.a.O.). Ein weiterer Grund liegt in der Überwindung impliziter Menschenbildannahmen und in der möglichen Erforschung der tatsächlich vorgefundenen, individuellen Phänomene und handlungssteuernden Mechanismen.

2.3.2 Inhaltliche und methodische Begründung eines qualitativen Forschungszuganges

Ein wesentliches Kennzeichen qualitativer Forschung liegt in seiner Gegenstandsangemessenheit zwischen Methode und Theorie. In meiner Untersuchung liegen die Gründe für die Wahl eines qualitativen Verfahrens in der Subjektivität des Betroffenen selbst. Der Komplexität des Gegenstandes kann man nur durch seine Berücksichtigung als Ganzes gerecht werden. Die Datenerhebung erfolgt innerhalb einer „natürlichen“ Situation, in der Subjekte miteinander handeln und kommunizieren. Darin wird ein wesentliches Prinzip qualitativer Forschung deutlich, die dem Verstehen menschlichen Handelns und dessen latentem Sinngehalt einen großen Stellenwert einräumt. Wesentliches Ziel qualitativer Forschung besteht in der Ergründung neuer Sachverhalte, die der Formulierung und Entwicklung von Theorien förderlich sind. Auch Friczewski (1985) vertritt die Auffassung, daß es zunächst einmal darum geht, die Kategorien qualitativ-analytisch anhand festgelegter

Kriterien zu „entwickeln“ und somit seiner inhaltlichen und strukturellen Form gerecht zu werden. Ohne diese Voraussetzung macht die Verkürzung komplexer Reaktionsformen in Kategorien wie aktiv/passiv wenig Sinn. Zu der Anwendung von standardisierten Erfassungsinstrumenten, wie bspw. Fragebögen, die eine methodisch bedingte Fixierung auf das Reiz-Reaktions-Muster produzieren, schreibt Friczewski:

„Der lebendige, spiralförmige Vermittlungsprozeß von Belastung und Bewältigung
- was Belastung ist, bestimmt sich durch die Bewältigung; und was Bewältigung ist,
bestimmt sich durch die Belastung – ist so nicht mehr abbildbar“
(a.a.O., S.84; Hervorh. i.Orig.).

Ein weiteres Problem berührt das Fehlen jeglicher Historizität innerhalb der quantitativen Forschung. Die Berücksichtigung und Rekonstruktion von Veränderungsprozessen sowie deren Sinngehalt innerhalb eines biographischen Kontextes wird erst durch den Einsatz qualitativer Verfahren möglich. Der Vorstellung einiger Vertreter der experimentell orientierten Diagnostik, man könne aus einem spezifischen Verhaltensmuster Vorhersagen treffen, wird von Verfechtern einer qualitativen, lebensnahen Forschungspraxis in Frage gestellt und als „naive Annahme“ betrachtet, die der Differenziertheit menschlichen Verhaltens nicht gerecht wird (Dörner, 1983; Jüttemann, 1984, S. 42). Eine daraus entstehende Forderung gilt der Hinwendung zu retrospektiven qualitativen Verfahren und zu einer induktiven Diagnostik, deren Interesse in einer Erkenntniserweiterung liegt.

2.4 Das „Problemzentrierte Interview“ (nach Witzel, 1985)

2.4.1 Forschungskonzept

Bei der Datenerhebung entschied ich mich für das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985), weil es zahlreiche Vorteile bietet. Zielsetzung dieser teilstrukturierten Interviewform liegt in der Erfassung von Sinn- und Prozeßhaftigkeit sozialen Handelns, die den gesamten Forschungsprozeß durchzieht. Die Entwicklung dieser Methode betrachtet Witzel als Einlösung der Forderung von Vertretern des „interpretativen Paradigmas“ nach gegenstandsangemessenen Forschungsmethoden (a.a.O., S. 227).

Die Methode basiert auf drei wesentlichen Kriterien:

1. Die „*Problemzentrierung*“ bezeichnet zum einen „die Orientierung des Forschers an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung“ (Flick, 1995, S. 106) und der Systematisierung seines vorliegenden Wissens. Es geht ihm darum, tatsächliche Probleme eines Individuums im Rahmen eines gesellschaftlichen Problemfeldes zu eruieren.

Zum anderen ist damit die Interview-Technik gemeint:

In Abgrenzung zu den quantitativen Verfahren soll dem *Prinzip der Offenheit* Rechnung getragen werden. Dies geschieht über eine *vorläufige* Formulierung des theoretischen Wissens, das der Sensibilisierung dient (keinesfalls jedoch geht es darum, dieses Wissen im Sinne von a-priori-Hypothesen zu überprüfen). Gegenüber dem Befragten soll das Prinzip der Offenheit und damit eine Erkenntniserweiterung gewährleistet werden, indem ihm die Darstellung seiner subjektiven Problemsicht ermöglicht wird.

Die Verschränkung von theoretischem Wissen und den ermittelten Informationen durchzieht den gesamten Forschungsprozeß auch auf der Ebene der Auswertung und Interpretation von Sinnzusammenhängen.

2. Die „*Gegenstandsorientierung*“ umfaßt die Entwicklung der Methode am Gegenstand in Abgrenzung zur „*Instrumentenorientierung*“ (Witzel, 1985) und einer hypothetico-deduktiven Variablen-Anwendung.

Die Methodenkombination ermöglicht durch die unterschiedliche Gewichtung und Modifizierung ihrer Teilelemente (narrative Teilelemente, Dialogform) einen angemessenen Zugang zum jeweiligen Gegenstand.

3. Die „*Prozeßorientierung*“ bedeutet die schrittweise Annäherung des Forschers an seinen Gegenstand einerseits bei der Erhebung und darauf folgend durch die Auswertung. Mit diesem Vorgehen wird der Prozeßcharakter des Untersuchungsgegenstandes berücksichtigt.

2.4.2 Kommunikationsstrategie

Die Interviewführung erfolgt anhand eines Leitfadens, der sowohl Fragen als auch Erzählanreize bietet, welche die Erfassung biographischer Daten im Hinblick auf die Fragestellung der Untersuchung ermöglicht. Durch diese Form der Datenerhebung wird der Befragte selbst zum Experten seiner Erkrankung. Durch die relativ offene Interviewsituation wird ihm die Möglichkeit geboten, eine lebensnahe Rekonstruktion seiner Lebens- und Sinnzusammenhänge zu entwickeln und darzustellen. In Abgrenzung von den oben dargelegten statischen Methoden sollen hier Veränderungen und Entwicklungen erfaßbar werden. Das weitere Ziel dieses Verfahrens besteht in der Erfassung subjektiver Handlungs- und Deutungsmuster während des Krankheitsverlaufes und vor dem Hintergrund individueller Sozialisationsprozesse. Zu diesem Zweck vereint das problemzentrierte Interview nach Witzel Elemente verschiedener qualitativer Datenerhebungsverfahren wie die des narrativen Interviews, des qualitativen Interviews, der Fallanalyse und der Gruppendiskussion.

Der Vorteil der Kommunikationsstrategie innerhalb des problemzentrierten Interviews liegt in der Entwicklung einer Dialogstruktur, die dem Interviewer große Spielräume gewährt. Dem Interviewten wird durch einen eingangs gegebenen Erzählanstoß die Möglichkeit zur Entwicklung eines eigenen Erzählstranges gewährt. Auf der anderen Seite kann der Interviewer über spezifische Sondierungs- und Konfrontations-Fragen ein detaillierteres Verständnis gewinnen. Andererseits ermöglicht ihm ein strukturierendes Eingreifen, ausufernden Darstellungen entgegenzuwirken. Damit ist gleichzeitig auch das Problem verbunden, daß die Interviewführung wesentlich von der Kompetenz des Interviewers beeinflusst ist. Es gibt keine Kriterien für eine „angemessene“ Interviewführung, so daß die Verschiedenheit der Interviewverläufe die Vergleichbarkeit erschweren kann.

2.4.3 Bestandteile des Interviews

Bestandteile des Interviews sind ein Leitfaden, der die Vorkenntnisse des Interviewers thematisch ordnet und als Orientierungsrahmen dient, ein Kurzfragebogen, eine Tonbandaufzeichnung und ein Protokoll der Kommunikationsbeschreibung im Kontext mit dem Interview (Postscriptum).

Der Kurzfragebogen umfaßt *demographische Daten* zur Person wie das Alter, den Familienstand, Berufstätigkeit, etc. Die *Beschwerdeentwicklung* wird abgeklärt (Beginn, Häufigkeit und Dauer der Schmerzen, Beeinträchtigungen, Anzahl der Krankschreibungen).

Die *Symptome* werden abgeklärt (Art, Lokalisation, Beeinflußbarkeit, Auftreten an bestimmten Tageszeiten oder Wochentagen) sowie das Auftreten anderer Erkrankungen.

2.4.4 Datenschutzregelung

Vor Durchführung jedes Interviews wurde die Freiwilligkeit der Untersuchung und die Möglichkeit eines Abbruchs noch einmal ausführlich erörtert. Auf die Anonymität der Untersuchung wurde ebenfalls hingewiesen. (Die Datenschutzregeln sind dem Anhang beigelegt).

2.5 Die Komparative Kasuistik nach Jüttemann (1981)

Die Anwendung der Komparativen Kasuistik (KK) erschien mir in dieser Untersuchung zur Ätiologie und Pathogenese der Migräne naheliegend, da sie über die Möglichkeit eines systematischen Vergleiches zu einer Verallgemeinerbarkeit von gefundenen Phänomenen führt. Mit meiner Präferenz eines biographischen Ansatzes aus den bereits genannten Gründen bot mir das Verfahren der Komparative Kasuistik eine lebensnahe Rekonstruktion aktueller und biographischer Lebenszusammenhänge im Rahmen meiner Untersuchung.

2.5.1 Forschungskonzept

Die Komparative Kasuistik ist ein Verfahren, das 1979 - 80 im Rahmen eines Forschungsprojektes unter Prof. Dr. Jüttemann an der TU Berlin erstmalig als praxisnahe Theoriengewinnung entwickelt und angewandt wurde.

Es gilt als hermeneutisch-empirische Forschungsstrategie, deren Ursprünge in der soziologischen Feldforschung und der daraus resultierenden „Discovery of grounded theories“ (Glaser & Stauss, 1979, zit.n. Jüttemann, 1990) liegen. Mit seiner Feld- und Gegenstandsnahe bildet es eine Alternative zu experimentell orientierten Forschungsstrategien. Es geht dabei um einen integrativen Ansatz mit der Intention der Überwindung von Wissensdefiziten innerhalb der ätiologischen Forschung, deren Ursachen auch in den lediglich am Einzelfall orientierten lerntheoretischen und psychoanalytischen Modellen gesehen wird (a.a.O.). Ein wesentliches Charakteristikum besteht in der weiterführenden Analyse über den Einzelfall hinaus. Die Komparative Kasuistik gilt als

„...eine iterative Such- und Prüfstrategie zur Generierung funktional relevanter Hypothesen und [als] eine ebenfalls iterative Vorbereitungsstrategie zur Initiierung und Strukturierung 'empirisch fundierter' Konstruktionsprozesse für adäquate Theorien über psychologisch beschreibbare Phänomene“ (a.a.O., S.23; Hervorhebungen im Orig.).

Neben verschiedenen anderen Untersuchungsgebieten bietet die KK die Möglichkeit der Wissenserweiterung im Hinblick auf ätiologische Fragestellungen im Rahmen psychosomatischer Erkrankungen, bei denen es um den Vergleich ähnlich gelagerter Fälle geht. Die KK dient sowohl der Bildung individueller als auch überindividueller Entstehungstheorien oder zumindest der Bildung eines Hypothesenverbandes in mehr oder weniger lockerer Form. Damit bietet die KK die Möglichkeit der Überwindung von „Systemimmanenz“ (a.a. O., S. 6), sofern im Rahmen der Datenerhebung und Auswertung eine theoretische Voreingenommenheit ausgeschlossen wird.

Methodologisch betrachtet gilt die Komparative Kasuistik als Kleingruppen-Ansatz. Als Basis für die Gruppen-Analyse dient dabei immer eine vorausgehende, differenzierte qualitative Betrachtung des Einzelfalls.

Für zwei Formen von Fragestellungen kommt der Einsatz des Verfahrens in Frage (Jüttemann, 1990):

1. Wie wird ein bestimmtes entwicklungsspezifisches Phänomen hinsichtlich seines Entstehungs- und Verursachungszusammenhangs erklärbar bzw. theoretisch faßbar? (Die Erfassung der Daten erfolgt hier *retrospektiv*).
2. Wie kann die unterschiedliche Wirksamkeit von Interventionsmaßnahmen, die durchgeführt werden, um ein Verschwinden oder eine Veränderung eines bestimmten entwicklungsspezifischen Phänomens zu erreichen(...) erklärt bzw. theoretisch erfaßbar werden? (a.a. O., S.24) (Die Datenerhebung erfolgt *prospektiv*)

In der Anwendung werden zwei Modelle der KK unterschieden:

A) Das *quasi-experimentelle Modell*

Es wurde in Anlehnung an die Methodenvorschriften der experimentellen Psychologie entwickelt. Bei den Ergebnissen dieser Variante werden vor allem interpersonelle Übereinstimmungen berücksichtigt, die „durchgängig oder deutlich gehäuft“ auftreten (a.a.O., S. 30). Sie bilden das Material für angenommene funktional relevante Hypothesen, die als Vorform für eine Theorie entwickelt werden können. Dieses Verfahren liegt meiner Untersuchung zugrunde.

B) Das *diagnostische Modell*

Es findet seine Anwendung in Anlehnung an die Vorgehensweisen bei einer umfassenden diagnostischen Untersuchung des Einzelfalles. Die Ergebnisse dieser Untersuchung ergeben eine große Anzahl von Hypothesen, die erste zufriedenstellende Erklärungen für das in Frage stehende Phänomen liefern. Wir haben es also in diesem Fall mit einer Individualtheorie zu tun, an die sich weitere Untersuchungen gleicher Art von anderen Erkrankten anschließen könnten, um auf diesem Wege überindividuelle Theorien zu entwickeln.

Eine Kritik an die qualitative Forschung richtet sich an die geringe Reichweite und Aussagekraft retrospektiv erhobener Daten in der ätiologischen Forschung, die aber im Kontext der oben dargestellten Theoriengenerierung und eines Forschungskonzeptes, das der Subjektivität des Gegenstandes angemessen ist, irrelevant ist. Dabei gilt die Komparative Kasuistik als ein Verfahren, welches die Möglichkeit bietet die Objektivierung retrospektiver Daten zu erhöhen (Jüttemann, 1990).

2.5.2 Verfahrensbeschreibung des „quasi-experimentellen Modells“

Bei der folgenden Darstellung geht es um die Erhebung und Auswertung retrospektiver Daten. Ziel dieses Modells ist es, Übereinstimmungen zwischen den Befragten herauszufiltern, um daraus Hypothesen zu bilden, die als Theorienvorform gelten können. Charakteristisch für das Vorgehen ist sein „Spiralcharakter“ (a.a.O., S. 30). Damit können die Untersuchungsdurchläufe beliebig oft wiederholt werden. Ihre Planung richtet sich nach den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Entweder wird ein geringer Aufwand pro Phasendurchlauf betrieben und die Phasen werden mehrfach wiederholt (Viel-Phasen-

Konzept). Ebenso besteht die Möglichkeit, mit einem hohen Untersuchungsaufwand nur eine Phase zu durchlaufen (Wenig-Phasen-Konzept).

In der vorliegenden Untersuchung wurde aus pragmatischen Gründen lediglich ein Durchlauf vollzogen. Hauptcharakteristikum der Untersuchung ist die Verwendung von mehr oder weniger strukturierten Interviews zur Datenerhebung. Deren Verwendung richtet sich nach den bereits vorliegenden Erkenntnissen. In dieser Untersuchung erschien das problemzentrierte Interview (Witzel, 1985) als halbstandardisiertes Verfahren hilfreich, weil bereits auf einen Wissenstand zum Untersuchungsgegenstand zurückgegriffen werden konnte (s.o.).

Die nachfolgend beschriebenen Schritte entsprechen weitgehend der Durchführung innerhalb eines Untersuchungsdurchlaufes. Die Untersuchungsschritte werden anhand der Abbildung noch einmal verdeutlicht (s. Abb.1).

2.5.3 Festlegung des Untersuchungsdesigns

Bei der Festlegung des Untersuchungsdesigns stand die Frage nach der Anzahl der Interviews im Vordergrund. Bei dem zu untersuchenden Phänomen ging es um das der chronifizierten Migräne. Als Kontrollgruppe wurden Betroffene aus einem ähnlichen Phänomenbereich gewählt. In Absprache mit Prof. Jüttemann wählte ich als Kontrollgruppe Patienten, die unter einem chronischen Lendenwirbelsyndrom leiden. Die Anzahl der Interviews belief sich auf vier in der Untersuchungsgruppe „Migräne“ und drei in der Kontrollgruppe „Rückenschmerzen“.

2.5.4 Phänomenanalyse

Vor dem Hintergrund der Komplexität und Kontextabhängigkeit der Untersuchungsgegenstände der ätiologischen Forschung und der daraus resultierenden erschwerten Verallgemeinerbarkeit wird bei der Anwendung der Komparativen Kasuistik der Phänomenanalyse ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Das wesentliche Ziel besteht dabei in der Reduzierung von Komplexität um zu allgemein gültigen Aussagen gelangen zu können. Als ein wichtiges Kriterium gilt dabei die Erklärbarkeit eines „...zu untersuchenden 'entwicklungsspezifischen Phänomens' aufgrund einer einzigen, in sich geschlossenen Psychologischen Theorie...“ (Jüttemann, 1990, S. 27; Hervorhebg. i. Original).

Bei der Festlegung der Homogenitätskriterien konzentrierte ich mich auf die von der IHS (1988) festgelegten Kriterien für die Diagnose der einfachen Migräne (Vgl. Theoretischer Hintergrund, S. 6). In der Darstellung der Symptome war ich auf die Darstellung der Befragten angewiesen, da mir keine Krankenblätter zur Verfügung standen. Dies lag an der Auswahl der Leute auch aus nichtmedizinischen Zusammenhängen (Selbsthilfegruppe, Hörensagen), so daß eine Einsicht in medizinische Krankenblätter sehr aufwendig gewesen wäre. Für beide Untersuchungsgruppen gilt die Annahme, daß Unterschiede in der subjektiven Schmerz Wahrnehmung unabhängig von somatischen Befunden auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen sind.

2.5.4.1 Homogenitätskriterien der Untersuchungsgruppe - Migräne:

1. Alle Befragten wiesen die für eine einfache Migräne charakteristischen Diagnosekriterien auf (mindestens 2 Kopfschmerzmerkmale und 1 vegetatives Merkmal, Attackendauer zwischen 4- 72 Std.).
2. Bei keiner der Befragten lag ein körperlicher Befund vor.

3. Der Schweregrad der Erkrankung wurde anhand eines langanhaltenden rezidierenden Krankheitsverlaufes bestimmt.
4. Geschlechtshomogenität: Wegen der geschlechtsspezifischen Unterschiede (gehäuftes Auftreten in der Pubertät bei Mädchen, Sozialisation) entschied ich mich für eine Befragung nur bei Frauen.
5. Die bei drei der untersuchten Frauen eingetretene Verbesserung findet in dieser Untersuchung aus methodischen Gründen keine Berücksichtigung. Mein Untersuchungsinteresse richtet sich auf den Entstehungskontext und die Chronifizierungsbedingungen.

2.5.4.2 Homogenitätskriterien der Kontrollgruppe – Rückenschmerzen:

Entsprechend verfuhr ich auch innerhalb der Kontrollgruppe mit dem Lendenwirbelsyndrom. Der Begriff „Rückenschmerz“ bezeichnet allgemein „akute und chronische (rezidivierende oder persistierende) Schmerzzustände im Bereich der Wirbelsäule, die sich nicht auf einen spezifischen Krankheitsprozeß zurückführen lassen“ (Pfungsten, Kaluza & Hildebrandt, 1999, S. 417). In der vorliegenden Untersuchung sind diese auf die lumbosacrale Region (Lendenwirbelssyndrom) beschränkt. 90 % dieser Rückenschmerzen sind dabei als sogenannte „unspezifische Rückenschmerzen“ zu bezeichnen, d. h., sie sind nicht auf einen relevanten pathologischen Befund zurückzuführen (Fordyce, 1995, zit.n. Pfingsten, Kaluza & Hildebrandt, 1999).

1. Alle Befragten berichteten von Schmerzen in der Lumbosacral-Region.
2. Bei zwei der drei Beteiligten liegen somatische Befunde vor, ohne daß daraus kausale Rückschlüsse für das chronische Schmerzgeschehen zu rechtfertigen sind (Vgl. Kröner-Herwig, 1999). Darüber hinaus gilt, daß das subjektive Schmerzempfinden weniger mit der Schwere organischer Befunde korreliert als vielmehr durch psychologische Rahmenbedingungen moduliert wird.
3. Der Schweregrad der Erkrankung richtete sich bei allen nach einem langjährigen rezidivierenden Krankheitsverlauf. Durchschnittlich beträgt der Erkrankungszeitraum ca. 10 Jahre. Keiner von ihnen hatte einen Prolaps erlitten oder sich einer Operation unterzogen.

In beiden Gruppen wurde das Krankheitsbild, krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und andere bestehende Erkrankungen durch einen Kurzfragebogen erfaßt (s. Anhang).

2.5.5 Gewinnung der Interviewpartner

Die Gewinnung der Interviewpartner erfolgte auf verschiedenen Wegen. So setzte ich mich mit einer Institution in Verbindung, die als Anleitung zur Bildung von Selbsthilfegruppen fungierte (SEKIS). Aus einer dieser bestehenden Migräne-Selbsthilfegruppen konnte ich eine Interviewpartnerin gewinnen. Als eine weitere Möglichkeit erwies sich die Migräne-Sprechstunde der Charité', an die ich nach Rücksprache mit dem leitenden Oberarzt Dr. Albrecht verwiesen wurde. Auch aus dieser „Quelle“ gelangte ich an eine Migräne-Patientin. Meine Inserate in den bekannten Stadtmagazinen „Zitty“ und „Tip“ hingegen waren fruchtlos. Gleiches gilt für eine allgemeine Schmerzsprechstunde, die ebenfalls in der Charité' abgehalten wird.

Vor allem die Gewinnung weiterer Migränikerinnen erschien relativ unproblematisch über das Hören-Sagen aus dem Bekanntenkreis. Als schwierig empfand ich die Gewinnung von Rückenschmerzpatienten für das Interview. Über die Krankenkassen bemühte ich mich um einen Kontakt zu einer „Rückenschule-Gruppe“, deren Gründung unmittelbar bevorstand,

aber auf sich warten ließ. Auch die in Krankengymnastik-Praxen ausgelegten Informationsblätter hatten keinen Rücklauf.

Ein weiteres wichtiges Kriterium für die Auswahl der Interviewteilnehmer betraf die soziodemographischen Merkmale (Alter, Beruf, Bildungsgrad, Familienstand). Mit der Heterogenität dieser Merkmale sollte eine selektive Vorauswahl der Teilnehmer vermieden werden, da dies eine Vergleichbarkeit der Daten erschwert hätte.

2.5.6 Vorbereitung der Datenerhebung und der Datenaufbereitung:

2.5.6.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Die Entwicklung des Leitfadens erfolgte in mehreren Schritten entsprechend der Eingrenzung der Fragestellung. Nach einer konstruktiven Kritik im Diplomandencolloquium erfolgte eine Umstellung der Fragen und eine Kürzung auf die relevanten Themenbereiche. Diese umfassen die Art des Bewältigungsverhaltens im Krankheitsverlauf, die subjektiven Krankheitstheorien und die Genese von Bewältigungsstrategien unter besonderer Berücksichtigung früher und aktueller sozialer Faktoren. (Der Leitfaden ist dem Anhang beigelegt.)

2.5.6.2 Thematisch relevante Bereiche (Kategoriensystem)

Die dargestellten Relevanzbereiche bildeten die Basis für die Kategorien der qualitativen Datenauswertung. Sie wurden nach inhaltlichen, theoretischen und biographischen Gesichtspunkten vor dem Hintergrund der Fragestellung entwickelt.

I Anfänge Auslöser und Symptomentwicklung (Belastungen und Probleme)

Die Eingangsfragen dienten der Kontaktaufnahme und dem Erzählanstoß für den Betroffenen. Sie gaben dem Interviewten die Möglichkeit des „Sich-Warm-Redens“. Es schließt sich die Frage nach den Anfängen und Auslösern an. Die weiteren Fragen betrafen den Krankheitsverlauf. Die Konzentration auf die Symptomentwicklung zu Beginn des Interviews ermöglichte dem oder der Befragten, sich zunächst zu dieser relativ ungefährlichen Frage zu äußern ohne die Entdeckung seiner persönlichen „Schwächen“ zu befürchten. Mein besonderes Interesse galt den Zuspitzungen und den damit assoziierten Problemlagen. Darüber hinaus sollte dieser Themenkomplex Auskunft geben sowohl über objektive als auch über subjektiv erlebte schmerzbedingte Beeinträchtigungen während des Krankheitsverlaufs. Dabei ist davon auszugehen, daß die Wahrnehmung subjektiver Belastungen auch von den zur Verfügung stehenden Ressourcen beeinflusst wird.

II Folgen, Reaktionen (Schmerzbewältigung und -verarbeitung)

Der weitere Fragekomplex unter Punkt II umfaßt die Schmerzbewältigungsstrategien und Kontrollüberzeugungen. Dieses Themengebiet sollte die zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien und Reaktionsformen sowie eventuelle Veränderungen und flexible Zielanpassungen im Krankheitsverlauf erfassen um daraus mögliche Ursachen für eine Aufrechterhaltung rekonstruieren zu können. Dabei besteht die Annahme, daß Bewältigungsformen, die aus subjektiver Sicht zu einer Entlastung führen, sich positiv auf das Krankheitserleben und auch auf den Krankheitsverlauf auswirken können. Aus diesem Grunde wird hier auch den Kontrollüberzeugungen sowie den kurzfristigen und längerfristigen Entlastungsstrategien eine relevante Rolle beigemessen. Gleiches gilt für die subjektive Bedeutung des Schmerzes sowie für die Veränderungen der Stimmungslage. Außerdem sollten therapeutische Behandlungsmaßnahmen und Selbstbehandlungen erfaßt werden, die als nützlich oder schädlich angesehen werden.

III Krankheitsvorbedingungen (Genese von Bewältigungsstrategien, Subjektive Krankheitstheorien)

Die unter Punkt III zusammengefaßten Fragen sollten den lebensgeschichtlichen Hintergrund sowie frühe Belastungen und Konflikte erfassen, die als Krankheitsvorbedingungen gelten können und die auch als fortbestehende Belastungsfaktoren im Rahmen der Aufrechterhaltung gelten können. Es ist davon auszugehen, daß biographische Aspekte sowie die Art der Auseinandersetzung damit einen Einfluß auf die aktuell bestehende Lebensqualität haben. Aus diesem Grunde umfaßte die Fragestellung Ziele und Lebensperspektiven und somit zentrale Motivationen und Lebensthemen. Darüber hinaus waren hier frühe Schmerzbewältigungsmuster von Interesse, deren Ursprünge im Elternhaus vermutet wurden. Auch spezifische Vorerfahrungen mit Schmerzen in der Herkunftsfamilie konnten bedeutsam für die Krankheitsbewältigung sein. Dabei wurde unterstellt, daß die Erkrankung selbst möglicherweise ein erhebliches Problemlösepotential bildet, das sowohl in der Herkunftsfamilie als auch in den aktuellen Beziehungen der Befragten und damit für die Aufrechterhaltung der Erkrankung selbst eine entscheidende Rolle spielen kann.

IV Frühe und aktuelle soziale Faktoren (Ressourcen, Defizite, Funktionalität)

Dieser Relevanzbereich geht auf die erworbenen sozialen Ressourcen und eventuelle Veränderungen ein. Er umfaßt die Thematik des elterlichen Erziehungsstils sowie familienspezifische Beziehungs- und Konfliktbewältigungsmuster und deren Weiterwirken im Erwachsenenalter. Es sind die Faktoren, die als Prädisposition für die Schmerzentstehung anzusehen sind und unter Umständen auch für ihre Aufrechterhaltung. Es geht also um fördernde oder behindernde Entwicklungsaspekte, die innerhalb der Herkunftsfamilie erworben wurden. Durch die Erfassung aktuell bestehender Beziehungsstrukturen wird die Annahme berücksichtigt, daß Konfliktbewältigungsmuster einem Wandel unterliegen können. Ebenso kann bei vorliegenden sozialen Defiziten der Erkrankung selbst eine stellvertretende kommunikative Funktion zukommen.

V Persönlichkeitsstruktur und –entwicklung (Prospektive Zielanpassung)

Das Interesse richtet sich in diesem Fragenkomplex ebenfalls auf die aktuell bestehenden Konflikt- und Problemlösestrategien und Ressourcen. Diese sind vor dem Hintergrund von Entwicklungsbedingungen zu sehen. Es geht hier um neurotische Konfliktlösemodelle, die sowohl ätiopathogenetisch relevant sind, als auch für die Aufrechterhaltung selbst. Auch bestehende Selbstwertdefizite und Abhängigkeitsthemen sowie die gelungene Ablösung aus dem Elternhaus erscheinen hier relevant. Darüber hinaus werden Veränderungen in der Motivationslage im Sinne einer flexiblen Zielanpassung berücksichtigt und eine prospektive Perspektive des Interviewten. Im weitesten Sinne ist hier auch die Thematik der Identität angesprochen.

2.5.6.3 Darstellung der vorläufigen Hypothesen

- Im Rahmen der Schmerzbewältigung lassen sich sowohl objektive als auch subjektive Belastungen erkennen, deren Ursprung im aktuellen oder biographischen Lebenszusammenhang zu finden ist.
- Die subjektive Einschätzung krankheitsbedingter Belastung unterliegt den zur Verfügung stehenden Ressourcen.
- Eine chronische Schmerzerkrankung stellt selbst ebenfalls eine erhebliche Belastung dar.
- Die Herkunftsfamilie spielt sowohl für die Entstehung von Bewältigungsformen und Strategien als auch für die Krankheitsentstehung selbst eine entscheidende Rolle.

- Bewältigungsstrategien unterliegen Veränderungsprozessen und sind keine statischen Größen.
- Es gibt Schmerzbewältigungsformen, die als eher günstig bzw. ungünstig anzusehen sind für den Krankheitsverlauf. Dabei kommt der Rolle der Auseinandersetzung mit biographisch relevanten Konflikten eine entscheidende Rolle zu. Diese sind vor dem Hintergrund des individuellen Konfliktlösepotentials und spezifischer erworbener Beziehungsmuster und Ressourcen zu betrachten.
- Ein neurotischer Modus kann sowohl für die Krankheitsentstehung als auch für deren Aufrechterhaltung wirksam bleiben.

2.6 Auswertungsmethode

Die einzelfallanalytische Auswertung basierte auf dem vorher entwickelten vorläufigen Kategoriensystem (Musterliste). Sie diente als Vorstrukturierung im Rahmen der Einzelfallauswertung. Es erwies sich als notwendig, diese im Rahmen der Auswertung noch einmal zu überarbeiten. Als weiteres Auswertungsinstrument diente das Verfahren des „zirkulären Dekonstruierens“ nach Jaeggi und Faas (1991), anhand dessen die zentralen Kategorien in einem mehrstufigen Auswertungsprozeß für jedes Interview gebildet wurden.

2.6.1 Einzelfallanalytische Datenauswertung nach Jaeggi & Faas (1991)

Diese Methode wurde an der Technischen Universität im Rahmen mehrerer Forschungsprojekte entwickelt. Eine Verwandtschaft besteht zu qualitativen Verfahren, wie die von Glaser und Strauss (1974) und von Wiedemann (1987).

Die Vorteile liegen in der schrittweisen, zirkulären Annäherung an das subjektiv gewonnene Interviewmaterial. Das konkrete Vorgehen ist bereits dem Begriff selbst zu entnehmen. Das Interviewmaterial wird in „kreativen Gedankenschleifen“ (Jaeggi & Faas, 1991, S. 3) vor dem Hintergrund der Fragestellung erfaßt und damit theorien- und intuitionsgeleitet dekonstruiert. Anhand entdeckter Sinnzusammenhänge wird der Text anschließend rekonstruiert, um diese sichtbar zu machen. Damit ermöglicht das Verfahren einen vertiefenden Zugang zum Textmaterial und damit einen ganzheitlichen Zugang zum Subjekt. Die aus Sicht der quantitativen Forschung oft angeführte Kritik an der fehlenden Objektivität, nämlich die Forscher-Subjektivität, wird zum Bestandteil des Auswertungsprozesses. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen in der zirkulären Arbeitsweise, die eine schrittweise Erhöhung des Abstraktionsniveaus erlaubt. Sie ermöglicht eine Interpretation der Daten auf einer Ebene, die sich der bewußten Wahrnehmung des Befragten entzieht und dem Forscher einen Zugang zu latenten Sinngehalten gewährt.

Hierzu muß gesagt werden, daß die Ideale der Objektivität in der quantitativen Forschung ebenfalls mittlerweile „entzaubert“ sind (Flick, 1995, S. 11), da trotz aller methodischen Kontrollen die Auswahl und Formulierung der Hypothesen und die Interpretation der Daten von Interessen und Vorannahmen bestimmt werden und damit ebenfalls subjektiv sind. Im Gegenzug erlaubt diese Methode durch die Offenlegung des Interpretationsprozesses eine Objektivierbarkeit der subjektiven Einschätzungen des Forschers. Für diese erwiesen sich die im Kontextprotokoll festgehaltenen Auffälligkeiten, Gedanken, Empfindungen und Widersprüche als hilfreich, die entweder im Interview selbst oder im Vorfeld bestanden. Die Vorteile der Methode liegen in der wechselnden Richtungsannäherung an den Interviewtext, teils bottom-up, teils top-down.

Das Verfahren umfaßt insgesamt vier Auswertungsphasen. Im Rahmen meiner Arbeit wurde nur die erste Auswertungsphase durchgeführt. Meine Vorgehensweise orientierte sich dabei an den nachfolgend aufgeführten Arbeitsschritten.

2.6.1.1 Darstellung der ersten Auswertungsphase des Verfahrens des „Zirkulären Dekonstruierens“ (Jaeggi & Faas)

Das Verfahren setzt sich aus vier Auswertungsphasen zusammen. Im Zuge meiner Kategorienbildung wurde nur die erste Auswertungsphase durchlaufen, die zur Auffindung der zentralen Kategorien dient, so daß auch nur diese im Folgenden dargestellt wird:

1. *Formulierung eines Mottos für das Interview:*
Ein prägnanter Satz, eine Metapher oder ein subjektiver Eindruck des Interviewers dient der emotionalen Auseinandersetzung mit dem Text und ermöglicht eine Zuordnung des Textes zum Interviewpartner.
2. *Zusammenfassende Nacherzählung:*
Der Text wird komprimiert und damit erste Interpretationsschwerpunkte gesetzt, die einer kritischen Überprüfung unterzogen werden durch den Vergleich mit anderen Interviews im Hinblick auf Ähnlichkeiten und Unterschiede. Die Darstellung erfolgt unter Berücksichtigung prägnanter Formulierungen sowie des subjektiven Eindrucks des Interviewers selbst.
3. *Erstellen eines Stichwortkataloges:*
Es wird eine chronologische Liste auffälliger und gehaltvoller Stichworte oder Satzteile erstellt.
4. *Erstellen eines Themenkataloges:*
Thematisch zusammengehörige Stichworte aus dem Stichwortkatalog werden unter einem Oberbegriff zusammengefaßt. Damit wird eine höhere Abstraktionsebene erreicht, die schon erste „Vor-Kategorien“ beinhalten. Bedeutsam werden in diesem Teil der Auswertung die Subjektivität und Intuition des Auswerters. (Stichwort- und Themenkatalog sind dieser Arbeit nicht beigelegt.)
5. *Paraphrasierung („umschweifende Verdeutlichung“):*
Aus der gedanklichen Vorstrukturierung des Themenkataloges wird der Text weiter gestrafft, entweder durch Zusammenfassung der Themen aus dem Themenkatalog oder durch eine weitere Ausdifferenzierung eines der Themen. Die Paraphrasierung stellt in Abgrenzung zur Nacherzählung eine anders geartete Interpretationsleistung dar.
6. *Bildung zentraler Kategorien:*
Aus der Integration der vorangegangenen Arbeitsschritte lassen sich Themen weiter abstrahieren auf dem Niveau von zentralen Kategorien. Der Nutzen der zentralen Kategorien liegt in Vergleichbarkeit mit anderen ähnlich bearbeiteten Interviews.

Den Abschluß der Einzelfallauswertung bildet eine zusammenfassende individuelle Personencharakteristik. Alle weiteren Schritte umfassen den überindividuellen Vergleich.

2.6.2 Überindividuelle Komparation

Die Darstellung der Ergebnisse in Form überindividueller Komparationstabellen basieren auf der vorangegangenen Interpretation und Strukturierung des Datenmaterials und der gebildeten Kategorienliste. Die Tabellen werden für die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe getrennt dargestellt. Für die Untersuchungsgruppe wird dabei eine Typendifferenzierung vorgenommen hinsichtlich offensichtlicher Unterschiede bzw. Übereinstimmungen im Hinblick auf die Fragestellung und die zu prüfenden Hypothesen und Relevanzbereiche (S. Kap.4). Diese werden im Zuge der Ergebnisdarstellung eingehender diskutiert.

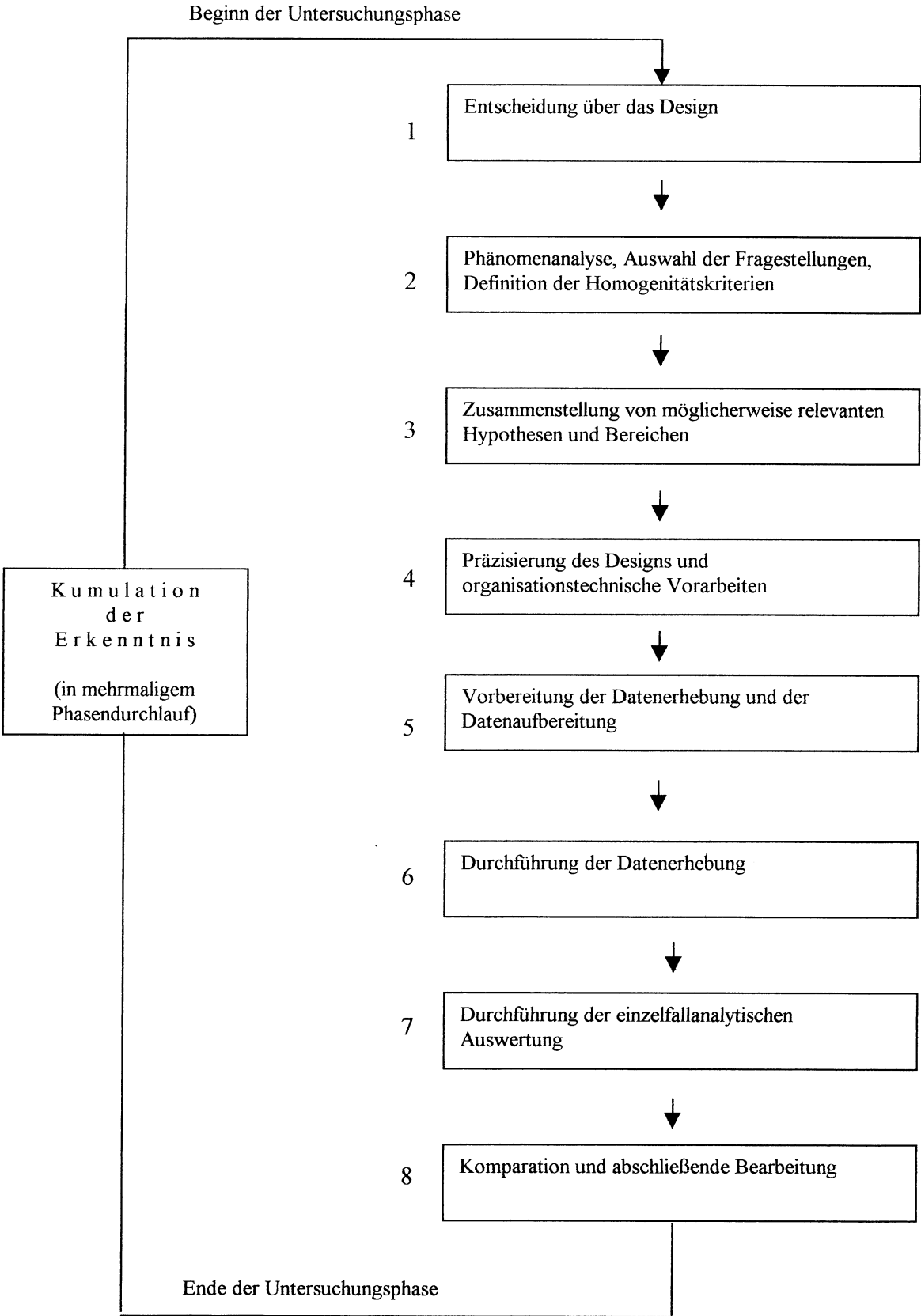


Abb. 1: Das Spiralenmodell der Komparativen Kasuistik (Jüttemann 1990, S. 33)

3 AUSWERTUNG

3.1 Darstellung der Einzelfallauswertung der Migränegruppe

3.1.1 Einzelfalldarstellung Frau Abel

Angaben zur Person

Alter: 44 Jahre

Familienstand: verheiratet, 3-jähriger Sohn

Berufliche Tätigkeit: Sozialpädagogin

Diagnose: einfache Migräne, Übelkeit oder Erbrechen

Erstes Auftreten von Kopfschmerzen/Migräne mit 11 Jahren

Zuspitzungen zwischen 13-16 Jahren

Häufigkeit 25 Jahre lang durchschnittlich 1-2 x Monat

Besserung durch Einnahme eines homöopathischen „Konstitutionsmittels“

Familiäre Vorbelastung durch die Mutter

Ko-Morbidität: Schilddrüsendysfunktion

3.1.1.1 Kontextprotokoll von Frau Abel

Frau Abel erfährt über „Mundpropaganda“ von meiner Untersuchung zur Migräne und äußert ihr Interesse, indem sie mich anruft. Im telefonischen Erstkontakt vereinbaren wir einen Termin in ihrer Wohnung. Sie ist verheiratet und hat einen ca. 3-jährigen Sohn. Als Sozialpädagogin befindet sie sich gerade in einer Fortbildungsmaßnahme. Im Gespräch empfinde ich sie zu Beginn angespannt und intellektuell dominiert. Erst relativ spät nehme ich eine Entspannung wahr etwa zu dem Zeitpunkt als sie anfängt, über die homöopathische Behandlung zu sprechen und über Frauen und Sexualität.

3.1.1.2 Nacherzählung und Motto von Frau Abel

Motto „Die Tintenfisch-Frau“

Die ersten migräneartigen Kopfschmerzen von Frau Abel treten vor dem Einsetzen der Pubertät im Alter von 11 Jahren auf und zwar häufig vor Klassenarbeiten. Die Mutter gestattet ihr dann, im Bett zu bleiben und bringt ihr das Frühstück. Der Vaters ist Chemiker und Physiker und setzt sie vor allem in den naturwissenschaftlichen Fächern „auf `ne ganz unpädagogische Art“ (Z. 51) unter Druck.

Ihre Zeit vor dem Ausbruch der Migräne ist gekennzeichnet von häufigen Umzügen der Eltern, die sie in der Schule und durch die wechselnden Freundeskreise immer wieder in eine Außenseiterrolle drängen. Die Migräne beginnt mit 11 Jahren mit der Selbsthaftigkeit der Eltern nach dem letzten Umzug in das lang ersehnte eigene Haus.

Nach dem Einzug in das eigene Haus wird das Thema Alkoholismus des Vaters zentral für die Atmosphäre im Elternhaus. Durch die Alkoholerkrankung herrschen sehr viel Spannungen, die sich zu der Zeit zuspitzen.

Die Symptome gehen zu Beginn ohne Übelkeit einher. Sowohl während ihrer Ausbildung zur Erzieherin im Internat als auch während ihrer ersten Berufstätigkeit hat sie regelmäßig am Wochenende und an den freien Tagen Schmerzen. Die Symptome verschlimmern sich im Hinblick auf die Intensität und Dauer und ziehen sich oft bis zu 2 Tagen hin. Ähnlich wie bei der Mutter bekommt sie „vor jeder Reise“ (Z. 184-185) Migräne, aber auch im Urlaub, bei einem „Eisprung“ und vor ihrer „Menstruation“ (Z. 190). Die Migräne tritt 1 – 2 mal im Monat auf, „und es gibt nicht so richtig schmerzfreie Phasen“ (Z. 162). Durch die Migräneanfälle während ihrer Berufstätigkeit wird sie immer wieder in ihrer Freizeit zur Ruhe gezwungen, obwohl sie „immer nach Action gesucht“ (Z. 219) hat.

In der Geschwisterhierarchie ist sie das einzige Mädchen, „so=ne typisch große Schwester, Älteste mit Verantwortung“ (Z. 344-345) mit zwei nachgeborenen Brüdern, die „mußten natürlich nich’so viel im Haus machen, wie ich, ne!“ (Z. 597-598). Für die Mutter wird sie etwa zu der Zeit „als ihre Vertraute GEBRAUCHT“ (Z. 348), vor allem, „wenn sie Streß hatte mit meinem Vater hat sie `s halt MIR erzählt“ (Z. 350-351). Auch unterstellt die Mutter dem Vater Untreue, was bei dem jungen Mädchen ziemlich lange zu einer Ablehnung des Vaters führt. Über die familiären Belastungen, „alles ging um das Alkoholproblem von meinem Vater, um die vermeintliche Untreue“ (Z. 589-590), konnte sie mit ihren Freunden nicht sprechen.

Problematisch ist auch die dörfliche Wohnsituation, durch die sie zeitweilig isoliert ist, „da saß man irgendwie fest“ (Z. 463-464). Ausgleich findet sie in langen Nachmittagen, die sie mit Malen und Lesen verbringt. Sie spielt lange mit Puppen und ist „deutlich nicht in der Pubertät“ (Z. 449).

„Das ewige SICH IM KREIS DREHEN“ (Z. 366-367) der Mutter und der ganzen Familie um die Alkoholproblematik des Vaters führt zu dem Wunsch, „da auch so schnell wie möglich `raus“ (Z. 369-370) zu kommen.

Als wichtiges Ziel betrachtet sie die Fachhochschulreife, die sie parallel zur Ausbildung zur Sozialarbeiterin absolviert, um sich berufliche Freiräume durch mehr Möglichkeiten der Berufswahl zu verschaffen. Den Eltern wirft sie fehlende Förderung vor, da sie mit Mittlerer Reife kaum Möglichkeiten der Berufswahl hat.

Von dem neben ihrer beruflichen Tätigkeit begonnenen Pädagogik-Studium nimmt sie nach kurzer Zeit Abstand, weil ihr die Doppelbelastung zu viel wird.

Die permanenten Streitereien im Elternhaus haben Einfluß auf ihr eigenes Konfliktverhalten. Sie bezeichnet sich selbst als „Konfliktvermeidungstyp“ (Z. 535), die „ungute Stimmung“ (Z. 537) aus dem Elternhaus wollte sie „auf KEINEN Fall in MEINER Privatsphäre“ (Z. 538) haben. Im Elternhaus dominiert die Mutter mit ihren materiellen Wertmaßstäben, „für die zählte wirklich nur CASH“ (Z. 561), der Vater „verkörperte“ (Z. 574) mehr das „ganze Soziale“ (Z. 573), konnte sich damit allerdings gegenüber seiner Frau nicht durchsetzen. In der mütterlichen Herkunftsfamilie gab es nur Geschäftsleute, „und dann hat sie eben so `n Angestellten gehabt, und damit war niemand zufrieden“ (Z. 579-580).

Als Folge dieser Einstellung lehnt Frau Abel selbst diese „Hüllen und Hülsen“ (Z. 570) ab und hat sich eher die „Sinnfrage“ (Z. 573) gestellt. Sie heiratet einen Pastor und hat mittlerweile einen Sohn.

Mit ca. 30 Jahren beginnt sie eine Psychotherapie, bei der die Migräne das eine, und „Zugang zu meinen Gefühlen“ (Z. 232) das andere Thema ist. Die Schmerzen bleiben dadurch unverändert. Allerdings kann sie ihre Arbeitszeit „`n bißchen zurückschrauben“ (Z. 276) und sich durch eine Ausbildung neue berufliche Perspektiven „mit mehr Spaß“ (Z. 277) verschaffen.

3.1.1.3 Paraphrasierung von Frau Abel

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Frau A. stellt die subjektive Bedeutung der ersten Kopfschmerzen mit ca. 11 Jahren als Möglichkeit des Aufschubs und „*Davonlaufen[s]*“ (Z. 10) vor Klassenarbeiten dar. Deutlich ist ihr noch die Angst vor den Klassenarbeiten in Erinnerung und an das „*Aussetzen wollen*“ (Z. 41). In der Schule ist sie „*jetzt nicht die Beste*“ (Z. 46) und fühlt sich vom Vater unter Druck gesetzt mit der Drohung, „*wenn du das nicht verstehst, dann nehm‘ ich dich von der Schule!*“ (Z. 62-63). Ihre Schmerzen empfindet sie als Berechtigung, sich von der Mutter im Bett liegend „*verSORgen*“ (Z. 16) zu lassen. Sie stellt ihre Ambivalenz dar zwischen dem schlechten Gewissen, sich vor der Schule zu drücken einerseits, und der Entlastung vor der Klassenarbeit andererseits. Zwar nimmt sie wahr, daß die Mutter ihr Zuhausebleiben von der Schule akzeptiert, allerdings spürt sie auch, daß sie es nicht „*gutgeheßen*“ (Z. 74) hat, denn es wurde „*nich‘ extra ‘was vorgelesen*“ (Z. 95) wie bei Kinderkrankheiten. Das Verschwinden des Schmerzes assoziiert sie mit der nachlassenden Angst vor der Klassenarbeit.

Während ihrer Ausbildung zur Erzieherin mit ca. 16 Jahren bekommt sie die Migräneanfälle regelmäßig, und zwar überwiegend am Wochenende und in den arbeitsfreien Zeiten. Die Zunahme der Schmerzintensität während dieser Zeit und der sich anschließenden Berufstätigkeit empfindet sie als „*Horror*“ (Z. 167). Seit dieser Zeit treten die Schmerzen relativ konstant über 24 Jahre lang 1-2 x/Monat auf, ohne daß sie so richtig schmerzfreie Phasen hat. Die Schmerzdauer erstreckt sich dabei oft über 2 Tage.

Trotz der im Laufe der Zeit entwickelten „*vage[n] Erkenntnis*“ (Z. 300), daß der Körper jetzt sein Recht „*nach Ruhe*“ (Z. 311) fordert, steht sie weiterhin auf Kriegsfuß mit den schmerzhaften Zwangspausen, weil sie daran gehindert wird die Freizeit zu genießen. Als Belastung empfindet sie den Ausschluß von sozialen Aktivitäten, obwohl sie Schwierigkeiten hat alleine zu sein. Angesichts der Unausweichlichkeit ihrer Schmerzen empfindet sie oft eine Niedergeschlagenheit und großen Leidensdruck. Die Konsultationen zahlreicher Ärzte sowie eine Psychotherapie bleiben ohne Erfolg.

Schmerzverarbeitung und -bewältigung

Sie erklärt sich die Zunahme der Symptome mit einem exzessiven Leistungsverhalten und der Tatsache, daß sie sich „*auf Druck (...) total zusammengerissen und irgendwie [ihren] Dienst gemacht*“ (Z. 120-122) hat.

Während ihrer ersten Berufstätigkeit als Erzieherin hat sie „*ZIEMLICH viel gearbeitet im Kinderheim so für verhaltensauffällige Kinder und Jugendliche*“ (Z. 113-114). In der Freizeit konnte sie dann „*den Schmerz oder so=was erst zulassen*“ (Z. 123-124). Sie stellt das in den Zusammenhang mit der Selbsteinschätzung als „*kopforientierte Frau*“ (Z. 227), die sich sehr über Leistung definiert und sich „*den Leistungsdruck da auferleg[t]*“ (Z. 228-229). Als Ursache für den Schmerz stellt sie die Vermutung an, daß sie „*wahrscheinlich mehr Ruhe gebraucht*“ (Z. 221-222) hätte an den freien Tagen.

Emotional zeichnet sich ein Einsamkeitsgefühl ab, das durch die Schmerzzustände und durch den schmerzbedingten Rückzug noch verstärkt wird. Zu der Zeit hat sie „*für MICH gelebt*“ (Z. 202-203), wie sie sagt und zwar in den „*verschiedenen WG's*“ (Z. 203). Dort ist sie immer „*die Einzige*“ (Z. 204), der es so geht. Schmerzbedingt fühlt sie sich von Aktivitäten mit den Freunden ausgeschlossen, obwohl sie damals „*ganz schwer alleine sein*“ (Z. 218) konnte und „*immer nach Action gesucht*“ (Z. 219) hat. Es fehlt ihr die Möglichkeit ihre Mitbewohner um Unterstützung zu bitten. Allerdings rationalisiert sie ihr Rückzugsverhalten, weil sie „*war dann auch schon so EINGESPIELT mit [sich] und diesem Schmerz*“ (Z. 213-124).

Erleichterung verschafft sie sich mit Ruhe und Medikamenten, die sie aber immer mehr wegen der Nebenwirkungen in Frage stellt. Als aktive Bewältigung sucht sie neben medizinischem Rat mit ca. 30 Jahren eine Gestalt-Psychotherapie, um im Umgang mit der Migräne „da vielleicht einen Weg zu finden“ (Z. 231-232). Ein weiteres Thema innerhalb der Psychotherapie war, keinen „Zugang zu meinen Gefühlen zu haben“ (Z. 232-233).

Im Laufe der Zeit entwickelt sie im Umgang mit der Migräne eine Resignation. Im Alltag hat sie „s irgendwie mit eingebaut“ (Z. 281), ohne ihr Leben „rigoros“ (Z. 279) zu verändern. Auch hat die Therapie an der Migräne nichts verändert. Allerdings verändert sie ihre berufliche Situation, indem sie eine „volle Stelle nicht mehr anstrebenswert“ (Z. 269-270) findet und sich mehr „Freiräume“ (Z. 271) zugesteht. „Vielleicht UNBEWUSST“ (Z. 275) dachte sie, „ich muß n'bißchen zurückschrauben (Z. 276). Beruflich befaßt sie sich im Rahmen einer Ausbildung mit „ander' n Sachen, die [ihr] mehr Spaß gemacht haben“ (Z. 277-278).

Therapiebedingt sieht sie mittlerweile eine Veränderung in ihrem Verhalten, das es ihr ermöglicht Bedürfnisse besser wahr zu nehmen und zu formulieren, was in ihrer gegenwärtigen Partnerschaft zum Tragen kommt. Der Partner unterstützt sie, in dem er sie versorgt mit „Coolpacks“ und „Massage“ (Z. 505). Allerdings erlebt sie sich selbst zu wenig konsequent, die Tiefenatmung aus der Gestalt-Therapie zu Hause ohne Anleitung durchzuführen.

Sowohl mit dem Partner als auch mit „anderen Migränefrauen“ (Z. 173) findet ein aktiver Austausch und eine Suche nach Informationen statt. Es werden immer mal wieder Gespräche geführt über alternative Heilmethoden und Möglichkeiten, ohne die jedoch aktiv zu nutzen sondern als „Vorstadium“ (Z.151).

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Bei den Migräneanfällen der Mutter springt der Rest der Familie in Form eines Krisenmanagements ein. Davor, als die 3 Kinder noch klein waren, „hat sie schon auch mehr funktioniert, (...) da wird sie sich immer so hingeschleppt haben (Z.378-381).

Ihre subjektive Krankheitstheorie weist auf die nicht aufgearbeiteten Konflikte mit der Mutter hin, die ebenfalls an Migräne leidet. Dies wird deutlich in dem Ärger darüber, daß ihre Mutter ihr „also jetzt dieses ERBE zurückgelassen“ (Z. 258-259) hat und geradezu als Schuldzuweisung an die Mutter erscheint. Wenn sie die Schmerzen als „GANZ ungerecht“ (Z. 197) bezeichnet, erweckt das auch Assoziationen mit ihrer Rolle der „typisch großen Schwester“ (Z. 344-345) mit zwei jüngeren Brüdern und der ungleichen Aufgabenverteilung im Haushalt. Darauf reagiert sie mit „ziemlich viel Verweigerung“ (Z. 602).

Mit der Migräne der Mutter findet eine eingehende intellektuelle Auseinandersetzung statt. Ihren Krankheitsgewinn sieht sie in den „familiären Verpflichtungen“ (Z. 202), ein Aspekt von dem sie sich selbst frei fühlt und insofern keine Erklärung für die eigene Migräne findet. Sie entdeckt allerdings auch parallele Auslösesituationen bei sich und der Mutter, nämlich vor und während der Urlaubsreisen, mit dem Eisprung und vor der Menstruation.

Für die Migräne der Mutter hat sie eine Erklärung, über die sie „mal gelesen hatte“ (Z. 698), nämlich im Zusammenhang von unbefriedigender Sexualität und Migräne. Sie selbst hat die Migräne häufig als Spannungsabfuhr empfunden, ähnlich der Erleichterung nach einem Orgasmus obwohl sie selbst „immer 'n ganz anderes Sexualleben gehabt hab' als das, was ich ihr unterSTELL“ (Z. 703-704). Es läßt sich vor dem Hintergrund ihrer Darstellungen eine Identifikation mit der Mutter erkennen, allerdings auch starke Abgrenzungstendenzen gegenüber deren Lebensstil.

Dies ist erklärlich durch die zu frühe Rolle der Vertrauten der Mutter, die sie mit ihren Eheproblemen überfordert. Sie vermutet ein „Teil des Drucks“ (Z. 355) durch „zuviel

Verantwortung“ (Z. 328-349) und *„zuviel Erwartungen“* (Z. 350), die durch die Mutter an sie heran getragen werden. Zu dieser Zeit kreisen die zentralen Probleme der Mutter um die Alkoholerkrankung des Ehepartners.

Auf die Rollenzuweisung der engen Vertrauten der Mutter reagiert sie mit Ambivalenz, *„auf der einen Seite geehrt, auf der anderen Seite war ich auch noch Kind“* (Z. 353-354) ohne zu wissen, *„wohin jetzt ICH mit diesen Informationen“* (Z. 355-356). Sie reflektiert die fehlenden Ventile, da sie mit den Freunden *„natürlich ÜBERHAUPT nicht d'rüber gesprochen“* (Z. 588-589) hat. In ihrer Selbstbeschreibung kommt sehr vage ein Gefühl von Einsamkeit zum Ausdruck: *„Trotz der frühen Verantwortung“* (Z. 450) beschreibt sie sich als verspielt und lange nicht in der Pubertät, sehr viel malend und lesend, *„oft ganze Nachmittage lang“* (Z. 451-452).

Als Metapher für ihre Migräne hat sie das Bild eines kleinen Menschen, der in ihrem Kopf sitzt und sie mit einem Hammer antreibt im Sinne der mütterlichen Familienphilosophie. Diese lautet: *„Immer mehr, immer besser, immer mehr CASH“* (Z. 615-616). Ihre Migräne sieht sie rückwirkend als Flucht aus dieser Familiensituation. Mit ihrer eigenen Person assoziiert sie *„die Unnahbarkeit“* (Z. 664), mit der sie sich, ähnlich wie der Tintenfisch mit seiner Tinte *„gegenüber den Feinden abschotten“* (Z. 663) kann und *„aus'm Kontakt 'raus“* (Z. 668) geht. Als weiteres „Tintenfisch-Thema“ bezeichnet sie den fehlenden „Zugang zu den Gefühlen“ (Z. 670).

Die Kindheit vor dem Einsetzen der ersten Kopfschmerzen ist geprägt von häufigen Umzügen der Familie, die für sie jedesmal *„schmerzhaft“* (Z. 330) mit *„Schulwechsel“* und *„Freundinnenwechsel“* (Z. 327) verbunden sind. Dadurch ist sie lange Außenseiterin in der Schule. Erst mit der Aufnahme in die Realschule im Anschluß an den letzten Wohnortwechsel verliert sie ihre Außenseiterposition. Mit der einkehrenden Ruhe und Selbsthaftigkeit der Eltern beginnen bei ihr die *„Turbulenzen“* (Z. 339). Die Ursachen sind für sie *„ein Fragezeichen“* (Z. 585).

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

In der Darstellung des Elternhauses ergibt sich ein differenziertes Bild, in welchem die protektive Zuwendung der Mutter im Falle ihres schmerzbedingten Zuhausebleibens von der Schule deutlich wird. Gegenüber der Mutter zeigt sich eine Ambivalenz, die zwischen Identifikation, Empathie und Ablehnung schwankt.

Gegenüber der im Elternhaus vorherrschenden Philosophie der Mutter und deren Herkunftsfamilie, *„für die zählte wirklich nur CASH“* (Z. 561), distanziert sie sich durch *„Ablehnung dieser Hüllen und Hülsen“* (Z. 570). Sie begibt sich in Zusammenhang mit ihrem Mann, der Pastor ist, in eine *„ziemlich religiöse Phase“* (571) und sieht sich selbst als eine, die *„immer die Sinnfrage gestellt“* (Z. 572-573) und *„dieses ganze Soziale 'reingebracht“* (Z. 573-574) hat.

Aufgrund der durch Spannungen und Streitereien belasteten Atmosphäre distanziert sie sich von ihrem Elternhaus und entwickelt die Erkenntnis, *„da auch so schnell wie möglich raus“* (Z. 369-370) zu müssen. Hier sieht sie auch die Ursprünge ihres eigenen Konfliktvermeidungsverhaltens mit dem Effekt auf andere Menschen *„cool“* zu wirken. Rückwirkend interpretiert sie ihre Migräne auch als Möglichkeit der *„Flucht aus dieser Familiensituation“* (Z. 371).

Eine therapiebedingte Veränderung in ihrem Verhalten registriert sie im Hinblick auf die Formulierung ihrer Bedürfnisse und damit einhergehend eine verstärkte Konfliktbereitschaft auch in ihrer Partnerschaft, die sie als positiv empfindet.

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Bereits in der Schule ist sie eine von den „Stillen“ (Z. 422) und eher eine „STREBERIN“ (Z. 423), die sich „sehr viel über Leistung definiert“ (Z. 424), eine Haltung, die sie bis ins Erwachsenenalter beibehält.

Für die Entwicklung ihrer beruflichen Perspektive wirft sie den Eltern mangelnde Unterstützung vor, weil sie sich durch die Mittlere Reife „eingeschränkt“ (Z. 478) fühlt in ihren Möglichkeiten. Sie bezeichnet die Motivation für ihren Ehrgeiz weniger materiell begründet als vielmehr damit, „auch so Freiräume zu haben, um was zu lernen“ (Z. 486). Dazu hat sie „ziemlich viel geschuftet“ (Z. 482). Ein im Anschluß daran neben ihrer beruflichen Tätigkeit begonnenes Studium der Diplompädagogik bricht sie nach kurzer Zeit wieder ab, weil sie „das dann aber neben der Arbeit nicht mehr auf die Reihe gekriegt [hat]“ (Z. 491-492).

Während ihres Studiums durchläuft sie im Rahmen ihrer Verweigerungshaltung gegenüber dem Elternhaus einen Entwicklungsprozeß, der als Identitätsfindung zu interpretieren ist. Sie hat „'n flippiges Leben“ (Z. 493) gehabt und „ganz viel ausprobiert mit Beziehungen mit Männern und Frauen“ (Z. 493-494), sie war „wahnsinnig dogmatisch“ (495) und „feministisch bis zum Abwinken“ (Z. 496), wollte auf jeden Fall „nie heiraten“ (Z. 498) und „immer unbürgerlich leben“ (Z. 499).

Sie verfügt über ein deutliches Selbstkonzept und gute Abgrenzungsmöglichkeiten. Als typisch für sich empfindet sie den Versuch, sich von den im Konfliktfall entstehenden Gefühlen zu distanzieren oder die „dann auch nicht 'rausgelassen“ (Z. 546-547). Sowohl damit als auch mit dem fehlenden Zugang zu den Gefühlen findet eine aktive Auseinandersetzung statt.

3.1.1.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Abel

Bei Frau Abel läßt sich im Anschluß an die Krankheitsentstehung im Rahmen chronischer familiärer Konflikte eine Ausweitung der Symptome während ihrer ersten Berufstätigkeit mit 16 Jahren feststellen. Sie entwickelt eine mehrdimensionale Entstehungstheorie ihrer Migräne, die persönliche, somatische Aspekte und, eher implizit, Identifikationsprozesse umfaßt.

Ihre „Freizeit-Migräne“ zeichnet sich als Reaktion auf Tendenzen zur Selbstüberforderungen im Rahmen einer Internalisierung der ehrgeizigen Leistungsideologie der Mutter ab. Schmerzbedingt kann sie an sozialen Freizeitaktivitäten nicht teilnehmen, obwohl sie schlecht allein sein kann und die Schmerzen als Zwangspause betrachtet. Die Suche nach „Action“ auch in der arbeitsfreien Zeit läßt sich als defensiv-vermeidender Umgang (Ablenkung) mit den eigenen Gefühlen interpretieren.

Im Schmerzerleben zeichnet sich ein Konflikt ab im „Ärger über das mütterliche Erbe,“ das sie als schicksalhaften, exogenen Ursachenfaktor ansieht. Darüber hinaus besteht eine Ambivalenz zwischen aktiver Bezugnahme zu persönlichen Belastungssituationen einerseits und einem defensiv vermeidenden emotionalen Umgang damit andererseits. Die Ursprünge sieht sie in der Atmosphäre des Elternhauses, die durch Alkoholproblematik des Vaters und daraus resultierenden chronischen Konflikten bestimmt ist. Durch die frühe Rolle der Vertrauten der Mutter zu Lasten ihrer kindlichen Bedürfnisse entwickelt sie ein Konfliktvermeidungsverhalten, das mit einem „fehlenden Zugang zu den Gefühlen“ einhergeht. Dies kommt in ihrem Selbstbild „Tintenfisch“ zum Ausdruck, das eine Abschottung vor ihren „Feinden“ bezeichnet bzw. eine Flucht aus der Familiensituation. Im

Krankheitsverlauf wechseln sich Phasen der Resignation ab mit Phasen der Informationsbeschaffung, die mehr oder weniger handlungsbestimmend sind.

In Übereinstimmung mit einer mehrdimensionalen Entstehungstheorie findet die Krankheitsbewältigung auf mehreren Ebenen statt. Dazu gehört die Inanspruchnahme medizinischer, alternativer und psychologischer Heilmethoden, mit der sie zwangsläufig ihre Heilungschancen verbessert. Darüber hinaus läßt sich eine aktive Bemühung um Lebensqualität erkennen als Abgrenzung gegenüber dem negativen Vorbild der Mutter erkennen, die identitätsstiftend wirkt.

Vor diesem Hintergrund ist auch die Aufnahme einer Psychotherapie zu sehen, die als aktive Veränderungsstrategie ein hohes Maß an Motivation und Selbstwirksamkeitsüberzeugung voraussetzt. Sie läßt sich als Entwicklung in eine Richtung aktiver Auseinandersetzung mit dem Thema „Migräne“ und „fehlender Zugang zu den Gefühlen“ interpretieren. Sie wird als allgemeine Lebensbewältigung hilfreich eingeschätzt ohne allerdings an der Migräne etwas zu verändern.

Eine weitere Entwicklung zeichnet sich in der Veränderung des Leistungsverhaltens ab durch die Schaffung beruflicher Freiräume. Diese Entwicklung ist ebenfalls vor dem Hintergrund einer internalen Kontrollüberzeugung und Kompetenzwahrnehmung zu betrachten.

Auf der psychosozialen Ebene findet therapiebedingt ebenfalls eine Veränderung statt, die ihr eine zunehmende Orientierung an den eigenen Bedürfnissen ermöglicht, was in ihrer Partnerschaft zum Tragen kommt.

3.1.2 Einzelfalldarstellung Frau Bartel

Angaben zur Person

Alter 41 Jahre

Familienstand: verheiratet (2.Ehe), 19-jährige Tochter, 17-jähriger Sohn

Berufliche Tätigkeit: (Heimerzieherin; Bürokauffrau)
vorläufige Berentung (50%)

Diagnose: einfache Migräne: halbseitig, Erbrechen,

Erstauftreten: Mit 13 Jahren ca. 1-2 x/Monat

Krankheitsverlauf: Dauer: Seit 27 Jahren durchschnittlich 3 x/Woche

Zeitweilig paralleles Auftreten von Depressionen

Familiäre Vorbelastung durch die Mutter

3.1.2.1 Kontextprotokoll

Die Kontaktaufnahme fand über eine Selbsthilfe-Organisation (KIS) für Migräne statt. Die Initiatorin dieser Selbsthilfegruppe, Frau Wiesenhöfer, gibt meine Telefonnummer an die Betroffene weiter, die sich daraufhin prompt bei mir meldet. Die Stimme wirkt kontrolliert, so daß ich den Eindruck bekomme, daß die Frau weiß, was sie will. Sie bekundet zuallererst ihr Interesse an den Ergebnissen der Diplomarbeit, die ich auch zusage. Ich fühle mich erpreßt und habe den Eindruck, daß ich ihr entgegenkommen muß, um sie für das Interview zu gewinnen. Auf die Frage, welcher Art ihre Migräne antwortet sie mit vielsagendem Lachen fast voller Stolz: „Ja, heftigst!“

Bei der ersten persönlichen Begegnung wirkt sie schüchterner als am Telefon. Auch ist sie, wie ich erfahre erst 41 Jahre und damit jünger, als ich erwartet hatte.

Bei der Begrüßung vor dem Interview nehme ich eine demonstrative Körperhaltung wahr, die ich als Hinweis auf die Schmerzen der vergangenen Nacht verstehe. Sie beabsichtigt das Gespräch im Wohnzimmer bei geöffneter Tür zu führen. Der Sohn, der sich ebenfalls in der Wohnung aufhält und das Gespräch verfolgen könnte, stört sie offensichtlich nicht sondern, so mein Eindruck, soll sogar Zeuge ihrer Wichtigkeit werden. Auf mein Bitten hin wird die Tür dann geschlossen.

Sie spricht zugleich lächelnd von ihren Erfahrungen mit Psychologen. Sie gibt sich kompetent und wirkt darüber sehr befriedigt oder auch stolz. Ich bin angenehm überrascht über ihre entgegenkommende Art, die mit meinem ersten Eindruck nicht im Einklang steht. Ebenso habe ich Mühe das Gespräch zu beenden, weil sie sich über das Thema anklammert. Auf meine Frage, ob sie den Fragebogen ausfüllen könnte ohne mein Beisein, antwortet sie, das müsse sie ja wohl mal.

Zum Abschluß des Gespräches sucht sie mir aus einem dicken Aktenordner zum Thema „Migräne“ einige Adressen von Spezialisten heraus. Hier wiederholt sich der Eindruck einer kompetenten Kranken.

Der Alltag der Frau wird durch das Thema Migräne strukturiert. Sie hat Freundinnen aus ehemaligen Selbsthilfegruppen mit denen sie sich trifft, aber dazu sagt sie: „Wir sprechen nicht darüber!“

3.1.2.2 Nacherzählung und Motto von Frau Bartel

Motto: „Die Migräneexpertin“ oder „Deckmantel Migräne“

Frau B. leidet, beginnend mit dem 13. Lebensjahr, seit 27 Jahren an Migräne. Die Frequenz der Anfälle steigt von 1-2x /Monat im Laufe der Jahre auf durchschnittlich 2-3x/ Woche. Als Folge des dominierenden Kopfschmerzes fühlt sie sich „*außer Gefecht gesetzt*“ (Z. 44), so daß sie oft von der Schule nach Hause muß.

Die Anfälle beginnen oft in den frühen Morgenstunden in der Erwartung von unausweichlichen Leistungsanforderungen wie der Büro- und Hausarbeit. Während der Ausbildung und während ihrer Berufstätigkeit als Bürokauffrau holt sie Lern- bzw. Arbeitsausfälle auf Kosten ihres Privatlebens nach, indem sie bis in die Nacht hinein arbeitet. Während ihrer Zeit als Bürokauffrau gewinnt sie zwar aufgrund der Migräne einen Sonderstatus, der ihr gestattet später zur Arbeit zu kommen und liegengebliebene Arbeit nachzuholen, jedoch verschieben sich die Konflikte nun in die Ehe hinein.

Der Alltag ihrer Kindheit ist geprägt vom Leistungsdruck der Mutter, die selbst Migränikerin ist. Für sie besteht das Motto: „*Das tägliche Geschäft - höchster Perfektionismus!*“ (Z.242-243). Da die Mutter „*unter Hochdruck arbeitete, führende Positionen bekleidete, studierte, Familie, Haushalt, alles managte*“ (Z.194-195), wird die Tochter nach der Schule in Hausarbeiten eingebunden und muß „*funktionieren*“ (Z.242). Lediglich die Migräneanfälle der Tochter führen zu einer stillschweigenden Duldung eines Rückzuges von der Hausarbeit. Die Kommunikation zum Thema Migräne sowohl bei der Mutter als auch bei der Tochter findet lediglich nonverbal statt. Sie empfindet Schuld sowohl wenn die Mutter mit Migräne nach Hause kommt als auch bei den eigenen Migräneanfällen (Z. 263-270). „*Auf der Strecke geblieben*“ (Z. 196) ist die Kindheit und die Zuwendung. Der Vater kann der Dominanz seiner Frau nichts entgegensetzen und flieht in die Alkoholabhängigkeit.

Schon in der Kindheit entwickelt sie eine Vorstellung, das Modell der Mutter zu übernehmen im Hinblick auf Karriere und perfekte Haushaltsführung. Beruflich fühlt sie sich Belastungen ausgesetzt, die auf der deutlichen Diskrepanz zwischen Karrierewünschen und den eigenen

Fähigkeiten beruht. Darüber hinaus fühlt sie sich in ihrer Tätigkeit als Heimerzieherin überfordert durch die Unvereinbarkeit von Schichtdienst und Familie. Aus diesem Grund und wegen nicht näher bezeichneter sozialer Konflikte im Beruf legt sie 1991 einen Abschluß als Bürokauffrau vor der IHK ab, um eine zweite Berufschance zu erlangen: „(...) *das war so `n Trugschluß, ich glaubte, daß wenn ich hinter so=nem Schreibtisch sitze und nur so`n Stift halte, ich das schon PACKEN werde, was allerdings nicht ging (...)*“ (Z. 820-823). Auch in diesem neuen Beruf kommt es zu Schwierigkeiten wegen Defiziten in der Rechtschreibung und der Beherrschung von Fremdsprachen.

Eine Zuspitzung der Symptome entwickelt Frau B. im Kontext „*Glückliches Familienleben*“ (Z. 355). Frau B. hat das erste Wunschkind zur Welt gebracht, die Traumrolle der Hausfrau und Mutter war realisiert und die Berufstätigkeit eingestellt. Trotzdem treten während einer zweiten Schwangerschaft ca. im Alter von 25 Jahren neben der Migräne Depressionen und Suizidgedanken auf. Die Lösung der Krise erfolgte, nachdem ihr Mann sie verläßt und sie eine Arbeit aufnimmt.

Unter dem „*Deckmantel der Migräne*“ (Z. 334, 335) begibt sie sich in ärztliche Behandlung. Frau B. bekommt Schmerzmedikamente und entwickelt eine Medikamentenabhängigkeit. Sie nimmt an einer Gruppenpsychotherapie teil. Der Medikamentenentzug gelingt ihr aus eigener Kraft, um einen Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zu vermeiden.

Ihr zweiter Lebenspartner unterstützt sie bei ihren Umschulungsmaßnahmen und bei der Beantragung einer Rente. Innerhalb der Familie nimmt sie mit ihrer Erkrankung eine zentrale Stellung ein. Die beiden konkurrieren um ihre Berechtigung zum Rückzug vor der „*feindlichen Welt*“ (Z. 1205).

Eine Zuspitzung der depressiven Symptomatik mit verstärkten Suizidgedanken fällt in die Zeit vor der Bewilligung des Rentenanspruches. Die positive Entscheidung des Anspruches (50%) empfindet sie als „*Befreiungsschlag*“ und „*gesellschaftliche Anerkennung*“ (Z.519-521). Mit 40 Jahren ist sie aufgrund der Migräne zu 50% erwerbsunfähig.

Zusammen mit der Gründung einer Selbsthilfegruppe gewinnt sie mit der Rentenbewilligung einen neuen gesellschaftlichen Status, eine neue Identität. Ihre Therapiewünsche richten sich in erster Linie an eine ausreichende medikamentöse Versorgung und an den Wunsch nach lebenslanger Psychotherapie.

3.1.2.3 Paraphrasierung von Frau Bartel

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Während der Schulzeit ab dem Alter von ca. 12 Jahren muß sie schmerzbedingt immer mal von der Schule nach Hause und ist „*außer Gefecht gesetzt*“ (Z. 44), denn „*es DOMINIERTE DIESER KOPFSCHMERZ*“ (Z. 50). Frau B. erinnert sich, daß sie die Entstehungsursachen zu Beginn der Migräneanfälle einzig im Zyklus gesehen habe.

Die Migräne tritt in ihrer Häufigkeit konstant über ca. 25 Jahre lang durchschnittlich 3x pro Woche auf. Mit 25 Jahren während einer zweiten, diesmal ungewollten Schwangerschaft, erkennt sie zum ersten Mal eine zusätzliche Problematik in Form einer starken Depression mit Gefühlen der Sinnlosigkeit und Suizidgedanken, die als Identitäts- und Lebenskrise zu bewerten ist.

Die Darstellung der Schmerzentstehung erfolgt unter Zurückweisung der aus ihrer Sicht ungerechtfertigter Vorannahmen, nämlich unabhängig von bestimmten Lebenssituationen. Ihre Erkrankung ist für sie nicht das, was man mit diesem „*typische[n] Denken, was man so mit Wochenendmigräne verbindet, also diese Geschichte, die nach der Entspannung eintritt*“ (Z. 64-67).

Im Hinblick auf die Heftigkeit der Symptome und der daraus resultierenden Berentung wird ein gewisser Stolz wahrnehmbar (s. Kontextprotokoll). Der Leidensdruck richtet sich eher auf die hinter der Krankheit verborgenen persönlichen Probleme.

Schmerzverarbeitung und -bewältigung

Die „Erklärungsnot“ (Z. 89) in der Schule aufgrund der sichtbaren Zeichen im Gesicht und die Konzentrationsschwierigkeiten stellt sie als Folge der Schmerzen dar. Die Nicht-Ansprechbarkeit löst in erster Linie Minderwertigkeitsgefühle aus und Ängste, „*nicht die Situation zu meistern, ja?*“ (Z. 126). Frau Bartel scheint einem Vorurteil im Hinblick auf ihre schulischen Fähigkeiten entgegenwirken zu müssen, indem sie die Migräne weniger als Flucht vor den Prüfungssituationen bezeichnet als vielmehr vor den alltäglichen Anforderungen und Überforderungen durch die Mutter im Haushalt, „*und wenn es nur der Abwasch war*“ (Z. 140-141).

Ihre frühzeitige Rückkehr von der Schule wird von der Mutter kommentarlos hingenommen. Sie nimmt zwar die fehlende Zuwendung der Mutter wahr, allerdings empfindet sie neben Schuldgefühlen eine Entlastung von den häuslichen Aufgaben, man hat sie „*dann halt auch LIEGEN lassen*“ (Z. 255-256) können.

Nur hier und da habe sich der wachsende Druck zu Hause die Migräne sozusagen als „*Ventil*“ (Z. 275) gesucht und „*der Körper ne' Auszeit genommen*“ (Z. 278). Zu einem Zeitpunkt als ihr „*erstes Wunschkind*“ (Z. 401) geboren und alles „*perfekt*“ (Z. 402) ist, sie nicht arbeiten mußte und sich „*'ne Auszeit genommen*“ (Z. 403) hat, entwickelt sie im Rahmen ihrer Migräne Depressionen und Suizidgedanken, die sie „*oft vordergründiger*“ (Z. 1275) erlebt. Inzwischen glaubt sie, (...) daß das wahrscheinlich dazu gehört zu diesem ewigen Schmerzkreislauf“ (Z. 348-349).

Eine maximale Zuspitzung ihrer depressiven Symptome fällt für sie in die Zeit vor dem noch ausstehenden Rentenbescheid. Im Falle einer Ablehnung hätte sie Selbstmord begangen, um „*nicht mehr gegen mich selbst kämpfen zu müssen*“ (Z. 781). Aus heutiger Sicht glaubt sie „*damit so nach Hilfe gesucht zu haben*“ (Z. 369). Diese Hilfe sucht sie sich „*IMMER mit dem Deckmantel der Migräne*“ (Z. 333) beim Arzt und bei einer Gruppen-Therapie. Eine Besserung der Depressionen tritt ein, nachdem ihr erster Mann sie verläßt, „*da mußte ich ja funktionieren*“ (Z. 562-563).

Ihr Lebensalltag wird deutlich in der Beschreibung der typischen Migräneanfälle, die in den frühen Morgenstunden beginnen. Mit ihnen assoziiert sie den alltäglichen Druck die Kinder für Schule und Kindergarten versorgen zu müssen. Sie wird dann in den frühen Morgenstunden wach von ihren Schmerzen und „*weil die Zeit fortschritt und ich mußte 6, halb 6 aufstehen und die Dinge erledigen*“ (Z. 666-668). Wenn die Kinder aus dem Haus sind, sieht sie sich einem (Entscheidungs-) „*Kampf*“ (Z. 692) ausgesetzt, der zusätzlich zu den Schmerzen „*oft mein Letztes*“ (Z. 694) forderte hinsichtlich der Frage: „*Gehst du jetzt zur Arbeit oder gehst du jetzt nicht?*“ (Z. 689-690)

Zu der damaligen Zeit „*signalisierte ihr der Körper immer mehr, daß nichts mehr ging*“ durch ergänzende andere „*Beschwerdekreise*“ (Z. 370-371; 373) wie Sinusitis, Erkältungen und Magenbeschwerden. Sie baut zusätzlich Druck auf, indem sie sich die Konsequenzen einer Entscheidung als den „*nächste[n] Horror*“ (Z. 707) ausmalt, beispielsweise den erforderlichen Arztbesuch wegen der Krankschreibung „*als Bestätigung nach außen*“ (Z. 708-709), obwohl sie schon „*so fertig [war], mit dem was schon vorher abgelaufen war*“ (Z. 704-705) und sie sich bereits unfähig fühlte überhaupt noch aus dem Haus zu gehen. Sie erwirbt im Laufe der Zeit im Büro „*so 'n Stand, wo man da NICHT mehr d'rüber gesprochen hat*“ (Z. 716-717). Dieser Sonderstatus erlaubt ihr später zur Arbeit zu kommen und die liegengebliebene Arbeit zu Hause bis in die Nacht hinein zu erledigen. Allerdings führt diese Bewältigung zu einer Verschiebung der Konflikte hinein in die Ehe und geht zu Lasten ihrer

Freizeit. Sie entwickelt eine Medikamentenabhängigkeit, deren Ursachen sie darin sieht, „...daß dieser Arzt mir keine Hilfe war.(....) Es gab immer mehr Medikamente“ (Z. 460- 462). Aus damaliger Perspektive hat sie kein Einsehen in ihre Medikamentenabhängigkeit, erst heute würde sie dem zustimmen.

Die Gründung einer Selbsthilfegruppe dient weniger der offensiven Auseinandersetzung mit dem Thema, sondern eher der Rekrutierung eines Freundeskreises und dem Erlangen eines Expertenstatus. Die Aufnahme einer Psychotherapie neben medizinischer Betreuung erfolgt nicht dem Wunsch nach Veränderung sondern nach Versorgung, optimalerweise lebenslang: „Ich würde GERNE ständig in Therapie bleiben, aber ich kriege es nicht FINANZIERT“ (Z.1368-1370).

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Inzwischen sieht sie die Ursachen für ihre Erkrankung im eigenen hohen „Anspruchsdenken“ (Z. 154), hat sie in der Therapie „gelernt“ (Z.154). Hier sieht sie auch die Gründe für ihre Lernschwierigkeiten, keinesfalls aber in den schulischen Anforderungen selbst. Beispielsweise erinnert sie sich amüsiert, in welche Verzweiflung sie durch ein drohendes Scheitern in Russisch geraten war. Die Ursprünge ihrer hohen Erwartungen an sich selbst sieht sie im mütterlichen „ewigen Leistungsstreben“ (Z. 189) und dem daraus resultierenden eigenen Bedürfnis, „...daß ich das als Tochter besser machen wollte oder ebenbürtig sein wollte, das Streben nach Anerkennung meiner Mutter gegenüber“ (Z. 185-187).

Die Belastungen durch die Leistungsanforderungen der dominanten Mutter nehmen im Interview einen großen Raum ein. Die zum Teil nonverbalen Kommunikationsmuster der Eltern produzieren für Frau B. in jungen Jahren ein Gefühl von Schuld, Angst und Druck. Die stillschweigende Duldung des Nachhause-Kommens der Tochter von der Schule und deren Rückzug von der Hausarbeit führt, für sie „total paradox“ (Z. 266), zu Schuldgefühlen, „ich bin Schuld, nichts getan zu haben“ (Z. 264-265), obwohl sie damit dem Muster der Mutter folgt: „Es war’n ja auch Situationen, wo sie von Arbeit kam und AUCH NICHTS MEHR GING als nur noch das Bett und das dunkle Schlafzimmer“ (Z. 267-269). Sie lösen unerlaubte Wutgefühle aus gegenüber dem „Überbild“ (Z. 1018), weil „ich war ja ALLEINE!“ (Z. 1015).

Auch heute noch bedeutet die Migräne für sie die einzige Möglichkeit, sich im Bett liegend eine „Auszeit“ (Z. 1269) zu nehmen im Sinne einer Entlastung von jeglicher Arbeit und Verpflichtung. Ihre Vorstellung von einem schmerzfreien Leben wäre „stressfreier, nich’ so druckbeladen, ja ich fühle mich ständig, permanent unter Druck.“ (Z. 1325-1327).

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Als Einflüsse des Elternhauses auf die eigene Entwicklung betrachtet sie „dieses Streben (...), dieses Glanzbild nach außen geben zu wollen“ (Z. 952-954). Sie entdeckt Parallelen zwischen „dieser Stärke meiner Mutter“ (Z. 968) und ihrer eigenen hohen Erwartungshaltung, die sie oft auf den Mann und die Kinder projiziert, „wenn’s mir dann GUT geht, und ich mich STARK fühle“ (Z. 971-972). Dem „Vater, scheinbar der SCHWACHE“ (Z. 966), gelingt es nicht „diesen Anforderungen“ (Z. 958) der Mutter gerecht werden und „ein Schwachsein nicht als Makel zu empfinden“ (Z. 969). Sie betrachtet die Ursachen seiner Flucht in den Alkoholismus als Scheitern „sich daraus zu befreien“ (Z. 960-961).

Innerhalb ihrer jetzigen Partnerschaft wird die Migräne zum zentralen „Reibungspunkt“ (Z. 1193). Das Nachholen von migränebedingten Arbeitsausfällen bis in die Nacht hinein führt zu „Ärger, ganz massiv“ (Z. 734). Die Reaktion ihres Partners äußert sich in Ratschlägen, „was ich anders tun muß“ (Z. 575). Trotz der kritischen Reflexion der kommunikativen Situation im Elternhaus bestehen Parallelen zur eigenen Familie in der Weise, daß über innere

Befindlichkeiten nicht gesprochen wird sondern nur „über das Äußere“ (Z.592). Sie kann keine Einschätzung abgeben wie ihre Kinder ihre Migräneanfälle erleben.

Die Migräne wird als nonverbales Kommunikationsmittel eingesetzt mit dem Ziel, Grenzen zu setzen: „Ich hab`mich halt in`s Bett gelegt, von daher war da nicht viel zu reden, da war`s ja klar“ (Z. 594-595). Innerhalb der zweiten Ehe erfährt sie Unterstützung für diese „ganzen Alternativgeschichten“ (Z. 1197) wie Aufgabe des Berufes, Verkürzung der Berufstätigkeit, Beantragung der Rente. Von den beiden Ehepartnern ist Frau B. aufgrund ihres Migränestatus diejenige mit der größeren Berechtigung „dieser Welt da draußen nicht standhalten“ (Z. 1205) zu müssen. Auch innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung dient die Migräne als Kommunikationsmittel für die implizite Botschaft, daß sie mit ihrer Migräne zu nichts in der Lage ist.

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Frau Bartel erreicht innerhalb ihrer Familie mit Hilfe ihrer Migräne eine dominante Position nach dem exakten Vorbild der Mutter. Sowohl in den Kommunikationsmustern als auch in der Lebensplanung lassen sich Parallelen zur Mutter herstellen: „Ja, ich hatte schon so diese Vorstellungen, wie`s meine Mutter mir vorgelebt hat, aber in Punkten besser zu machen, die perfekte Ehefrau, die perfekte Mutter und zusätzlich Karriere machen zu können.“ (Z.788-791). Hinter diesen „Größenphantasien“ verbergen sich nicht reflektierte Bedürfnisse nach Zuwendung, Anerkennung und Versorgung, die wahrscheinlich auf eine frühe Überforderung nach dem Muster „Das tägliche Geschäft-höchster Perfektionismus!“ (Z. 242-243) zurückzuführen sind. Es zeigen sich berufliche Schwierigkeiten, die mit ihrem überhöhten Leistungsanspruch nicht vereinbar sind.

Vor diesem Hintergrund ist ihre Depression im Kontext des glücklichen Familienlebens als Scheitern eines impliziten Versorgungswunsches und der Sehnsucht nach Geborgenheit zu sehen. Ihre Entwicklungsdefizite werden in ihrer Krankheitsmetapher deutlich. Zeichnen würde sie sich mit „einem RIESIGEN ÜBERMÄCHTIGEN Kopf und `nem kleinen Körper“ (Z. 1028-1029). Die Figur müßte ihre Sprachlosigkeit zum Ausdruck bringen, „nicht reden zu können, einen geschlossenen Mund zu haben, nicht verSTANDEN zu werden“ (Z. 1032-1034).

Für ihre gesamte Entwicklung ist das Thema Migräne als wichtiger Entwicklungsfaktor bedeutsam. Über die Identifikations- und Internalisierungsprozesse wird das Migräne-Kommunikations-Muster der Mutter übernommen. Das Leben wird um die Migräne herum neu organisiert und diese damit zentral. Die Migräne fungiert somit als Instrument zur Kompensation ihrer Entwicklungsdefizite und dient der Stabilisierung ihres brüchigen Selbstwertgefühls. Dies ist im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinnes zu verstehen.

Eine Wende in ihrem Leben entsteht durch den positiven Rentenbescheid (50%), den sie als „Befreiungsschlag“ (Z.520) darstellt. Sie empfindet ihn als „gesellschaftliche Anerkennung, erstmalig, SO wahrgenommen zu werden, wie ich BIN“ (Z. 520-522), als neue Identität. Außerdem fühlt sie sich entlastet vom „Termindruck“ und von dieser „HETZE NACH GELD“ (Z. 533). Auch besteht jetzt für sie nicht mehr die Notwendigkeit sich „außen erklären [zu] müssen“ (Z. 535-536).

Eine weitere Veränderung betrifft ihr Kommunikationsbedürfnis, das sich von der Familie in Richtung „Psychologin und Gleichbetroffene“ (Z. 607) verschiebt, weil „man muß ja immer ERKLÄREN, Leuten die das nicht kennen“ (Z. 610). Sie ruft 1994 eine Selbsthilfegruppe ins Leben, mit der „man dann so ,n Freundeskreis gewonnen hat“ (Z. 1164-1165) und entwickelt selbst einen Expertenstatus, indem „man parallele Verhaltensmuster erkennt“ (Z. 1172-1173). Dazu gehört der „Perfektionismus“ und die „Verdrängungsstrategie“ (Z. 1178), die sie

als einen Grund betrachtet, „*warum eine Selbsthilfegruppe zu dem Thema nicht funktioniert*“ (Z. 1179-1180).

3.1.2.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Bartel

Zu Beginn, im Alter von ca. 12 Jahren sieht sie den beginnenden Zyklus als einzige somatische Entstehungsursache. Die Verschiebung einer somatischen in Richtung einer psychologischen Ursachentheorie beruht auf einer eher unreflektierten Übernahme der Theorien ihrer Therapeutin. Bei ihr hat sie „gelernt“, daß ihre Schulschwierigkeiten mit ihrem „*Anspruchsdenken*“ zusammenhängen, weniger mit den tatsächlichen Schulproblemen und späteren beruflichen Schwierigkeiten. Dies entspricht dem Eindruck im Interview, daß die Migräne zur Verleugnung von Lern- und Berufsdefiziten dient und damit der Stabilisierung eines brüchigen Selbstwertgefühls.

Die Atmosphäre im Elternhaus ist dominiert vom perfektionistischen Leistungsdruck der Mutter und einer affektiven Mangelkonstellation. Sie folgt dem Modell der Mutter, die ebenfalls unter Migräne leidet, indem sie die Migräne als Entlastung von der täglichen Hausarbeit funktionalisiert. Auch im Hinblick auf die zentrale Machtposition der Mutter in der Familie wird diese zum Identifikationsobjekt, indem Frau Bartel ihre eigene Position genau nach deren Vorbild einnimmt. Es läßt sich ein sekundärer Krankheitsgewinn erkennen, der auf die Veränderung zwischenmenschlicher Beziehungen abzielt und als umfassende Funktionalisierung der Migräne anzusehen ist. Sie wird als Kommunikationsinstrument zur Grenzziehung eingesetzt und zur Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse nach Versorgung. Diese werden realisiert mit der Unterstützung des zweiten Mannes für Umschulungsmaßnahmen und die Durchsetzung des Rentenantrages.

Die Depressionen und Suizidgedanken lassen sich vor diesem Hintergrund als Erpressungsinstrument aber auch als Sehnsucht nach Rückzug vor der feindlichen Welt und damit als starkes Regressionsbedürfnis interpretieren. Ihr Leidensdruck ist diesbezüglich deutlich wahrnehmbar und vor dem Hintergrund einer frühen Überforderung durch eine rigide, leistungsorientierte Mutter zu sehen. Es zeigen sich Befürchtungen, der Rolle des schwachen Vaters zu entsprechen. Auch heute noch erscheint die Migräne als einzige Berechtigung sich von den häuslichen Verpflichtungen zurückzuziehen.

Im alltäglichen Umgang mit der Migräne entwickelt sie ein „Horror szenario“, das mit der unausweichlichen Versorgung der Kinder und den sich anschließenden Entscheidungsdilemmata (Arbeit ja oder nein; Arztbesuch ja oder nein) verknüpft ist. Dieses Katastrophisieren zeichnet sich als relativ stabiles Reaktionsmuster ab. Die Möglichkeit migränebedingte Arbeitsausfälle nachzuholen und damit „*wieder GUUT [zu] machen*“ (Z. 216) ist als Verstärkung chronischer Belastungen zu betrachten.

Sie nimmt lange lediglich medizinische Behandlung in Anspruch. Auch die Behandlung der depressiven Symptome verläuft unter dem „Deckmantel der Migräne“. Eine zeitweilige Medikamentenabhängigkeit verleugnet sie.

Ihre Teilnahme an einer psychologischen Gruppentherapie entspringt weniger dem Wunsch nach Verhaltensveränderung, sondern eher dem Bedürfnis nach Versorgung. Damit überträgt sie das medizinische Krankheitsmodell auf die Psychotherapie.

Der positive Rentenbescheid gilt als größter Krankheitsgewinn. Er wird subjektiv als „gesellschaftliche Anerkennung“ wahrgenommen. Damit entwickelt sie eine neue Identität, die zu einer Neuorganisation ihres Lebens um ihre Migräne herum führt. Sie erwirbt Expertenstatus über die Gründung einer Migräne-Selbsthilfegruppe, mit dem sie ihre Selbstwertdefizite kompensieren kann. Die Gruppenteilnehmer bilden den neu gewonnenen Freundeskreis. Zur Befriedigung ihrer Versorgungswünsche besteht die Aussicht zur Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik als „Notfalltherapiegeschichte“.

3.1.3 Einzelfalldarstellung Frau Christ

Angaben zur Person

Alter: 57 Jahre

Familienstand: ledig, 20-jährige Tochter

Berufliche Tätigkeit: Kaufmännische Angestellte

Diagnose: Einfache Migräne mit Übelkeit und Erbrechen.

Erstaufreten: 8 Jahre

Schmerzverlauf: Seit dem 12. Lj. durchschnittlich 3x pro Woche

Schmerzdauer teilweise zwischen 2-3 Tagen

Besserung seit 1 Jahr (Antidepressivum)

Familiäre Vorbelastung durch beide Eltern

Ko-Morbidität: Chronische Gastritis, chronische Bronchitis

3.1.3.1 Kontextprotokoll Frau Christ

Meine erste Begegnung mit Frau Christ kam in der Migränesprechstunde der Charité' zustande. Ihre Motivation am Gespräch bestand darin, nach all den Jahren mal über ihre Schmerzen zu reden. Das Interview fand in ihrer penibel aufgeräumten Wohnung statt. Während des Interviews kam es immer wieder zu sehr weitschweifenden Darstellungen, die ich selten unterbrach in der Hoffnung, wichtige Informationen zu bekommen. Allerdings strengte mich ihr starkes Redebedürfnis an.

Während des Gesprächs bekam ich den Eindruck, daß Frau C. sozial relativ isoliert und ihr Leben ohne Partner verbringt. Eher unbewußt vermied ich deswegen das Thema Partnerschaft, zumal es im Interview Hinweise darauf gab, daß sie Wünsche in diese Richtung hatte. Ein paar Tage nach dem Interview erhielt ich eine Karte, in der sie das Bedürfnis äußerte, über die Belastungen in ihren Beziehungen durch die häufigen Migräneanfälle zu sprechen, worauf wir einen 2. Gesprächstermin vereinbarten.

Im Vorgespräch erfahre ich, daß ihre Mutter die Beobachtung gemacht hat, daß ihre Schmerzen vor allem im Herbst und im Frühling bei einem „Umschwungwetter“ besonders lange angehalten haben.

3.1.3.2 Nacherzählung von Frau Christ

Motto: Vom „Wildfang“ zum „Tiger im Käfig“

Der erste Migräneanfall treten im Alter von 8 Jahren auf als sie bei der Oma auf dem Land ist, das für sie das Paradies bedeutet. Zunächst treten die Schmerzen in größeren Abständen auf. Der erste Anfall ist derartig heftig, daß sie Angst bekommt zu sterben. Zu Beginn, vor dem Einsetzen der Menstruation, treten die Anfälle eher „hin und wieder“ (Z. 41) auf, und erst mit 11, 12 Jahren „*find es dann ganz massiv an*“ (Z. 43) und sie dauern von da an 2, 3 Tage „*und dann in der Nacht auch*“ (Z. 203). Nach einer gynäkologischen Behandlung im Moabiter Krankenhaus verabreicht man ihr „*Hormonpillen*“ (Z. 1043), wonach sie sich zunächst wohler fühlt, allerdings bekommt sie die Migräne weiter, jetzt in größeren Abständen. Da hatte sie dann „*mal 'ne Woche nichts, dann kam's aber wieder ganz heftig, so 2-3 Tage*“ (Z. 1046-1047).

In der Nachkriegszeit lebt das Mädchen mit den Eltern „*sehr beengt*“ (Z. 132) in einer 1-Zimmer-Wohnung zur Untermiete bei der Großmutter, die zusammen mit den beiden Schwestern des Vaters zwei andere Zimmer bewohnt. Zusätzlich zu dieser räumlichen Enge ist die Situation gekennzeichnet durch die Nichtachtung persönlicher Grenzen, die sich in Einmischung und Kontroversen zwischen den Erwachsenen zu Erziehungsfragen zeigt. Dabei gerät sie häufiger zwischen die Fronten von Großmutter und Tante einerseits und Mutter andererseits und wird dadurch ein „*bißchen ängstlich oder verklemmt*“ (Z. 159).

Ebenfalls bedingt durch die räumliche Enge bekommt sie die Migräneanfälle der Eltern deutlich mit und befolgt die Anweisung der Eltern sich ruhig zu verhalten, indem sie „*dann in der Ecke gegessen und im Grunde gewartet [hat], bis das vorbei war*“ (Z. 123).

Der Erziehungsstil im Elternhaus ist geprägt von Strenge und der dominierenden Forderung nach Disziplin und Pflichterfüllung. Der Vater ist Lehrer und häufiges Fehlen in der Schule wird zu Hause als „*Schande*“ (Z. 439) betrachtet. Sie leidet oft an Fieberanfällen, die sie kaum auskurieren darf. Sie wird schnell wieder in die Schule geschickt „*noch mit wackligen Beinen*“ (Z. 722). Der Vater versorgt sie bei Migräneanfällen mit den eigenen starken, zum Teil morphiumhaltigen Medikamenten um einem Fehlen in der Schule vorzubeugen. Mit den anderen Kindern kann sie oft „*nicht so MIThalten*“ (Z. 193), weil sie nie „*so kräftig war*“ (Z. 194). In der Schule war sie nie so gut, „*was Lehrerkinder nebenbei bemerkt selten sind*“ (Z. 715-716).

Als Mädchen bezeichnet sie sich als „*Wildfang*“ (Z. 577), was sich ca. im Alter von 8 Jahren legt wegen der elterlichen Strenge und den Forderungen nach „*Schule und Lernen und immer pünktlich zu Hause sein*“ (Z. 613). Mit ca. 15, 16 Jahren bei den ersten Parties und dem ersten Freund „*flackerte das*“ (Z. 591) noch einmal auf. Aus der Sicht einer Tante war sie Kind und dann „*eigentlich erwachsen. Das dazwischen würde ihr fehlen*“ (Z. 615). Mit 13 Jahren fängt sie an, Teelöffel und Handtücher zu sammeln, weil ihre Wünsche sich auf eine eigene große Familie richten: „*Aus der Schule kommen, heiraten und 3-5 Kinder*“ (Z. 488-489).

Weil die Eltern einen großen Freundes- und Verwandtschaftskreis hatten, wird sie während der Schulzeit häufig von der Mutter aus der Schule abgeholt um mit ihr gemeinsam zu Verwandten zu fahren. Sie muß dort Schularbeiten machen und fährt abends wieder mit ihr zurück nach Hause. Auf diese Weise verbringt sie viel Zeit mit Erwachsenen und unter deren Kontrolle.

Die beruflichen Vorstellungen ihrer Eltern gehen in Richtung Gymnasium und Studium, „*also so=was DOLLES*“ (Z. 512-513). Sie selbst hätte gerne „*was mit Leuten*“ (Z. 514) gemacht als Apothekenhelferin oder Drogistin, allerdings „*kamen dann alle, die gesamte Verwandtschaft*“ (Z. 517) und sie orientiert sich dann um aufgrund der viel größeren Erfahrung der Erwachsenen. Sie entspricht den Vorstellungen der Verwandten, indem sie sich als Bürokauffrau bewirbt, eine Tätigkeit die sie bis heute ausübt und die sie rückwirkend beschreibt mit den Worten „*und ich fand's furchtbar*“ (Z. 525-526). Dennoch bleibt sie 42 Jahre lang dabei und steht jetzt kurz vor ihrer Rente.

Mit ca. 19 Jahren zieht sie aus der elterlichen Wohnung in eine 1-Zimmer-Wohnung im selben Haus, in dem auch die Mutter lebt.

Auch als Erwachsene hat sie noch lange unter den Grenzüberschreitungen der Mutter zu leiden ohne eine Möglichkeit zu finden sich dagegen zu wehren.

Heute ist der Kontakt zur 76-jährigen Mutter distanziert, sie „*sitzen nich' oft zusammen*“ (Z. 1016-1017), aber auch wenn sie sich nicht jeden Tag sehen, ruft sie ihre Mutter doch jeden Tag an und läßt sie nicht „*im Stich*“ (Z. 1131).

Mit ca. 25 Jahren läßt sie sich mit einem amerikanischen Bankkunden ein und wird schwanger, worauf er Berlin „*fluchtartig*“ (Z.280) verläßt. Während der Schwangerschaft ist sie beschwerdefrei, die Symptome kehren allerdings anschließend langsam zurück. Die Tochter zieht sie alleine auf, wobei sie immer wieder bei Migräneanfällen die Hilfe der Eltern sucht.

Ihre kurzfristigen Partnerschaften im Alter zwischen 30 und 40 Jahren sind durch gegenseitige Vorwürfe und Abwertungen gekennzeichnet. Einer ihrer Partner stellt die laute Überlegung an, ob ihre „*Beschwerden für [ihn] zum Nachteil sind*“ (Z. 912).

3.1.3.3 Paraphrasierung von Frau Christ

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Den ersten Migräneanfall mit 8 Jahren bringt Frau C. mit einem sehr schwülem, warmen Tag in Verbindung, den sie bei der Oma auf dem Land verbringt, das sie als „*Paradies*“ empfindet (Z. 583).

Die konkrete Situation vor dem Auftreten ist ihr nicht mehr gegenwärtig. Einzig erinnert sie sich daran, daß sie infolge der Schmerzen „*in der Ecke 'rumhing und 'rumjammerte*“ (Z. 54-55) und sich den Kopf haltend auf die Rückkehr der Mutter wartete. Zu diesem Zeitpunkt hält sie die Migräneanfälle für „*normal, weil Vater und Mutter hatten das auch*“ (Z. 754-755). Sie ist „*gar nich' auf die Idee gekommen, daß die [anderen Kinder]'s gar nich' hätten*“ (Z. 757-758).

Eine Zuspitzung der Symptome hinsichtlich der Dauer assoziiert sie mit dem Einsetzen der Menstruation mit 11 ½ Jahren: „*Es fing an, wo das mehrere Tage dauerte, 2, 3 Tage und dann in der Nacht auch*“ (Z. 202-203). Wegen der fehlenden Wirksamkeit der Tabletten und um einem Fehlen in der Schule vorzubeugen, verabreicht ihr der Vater von seinen eigenen starken Migränemedikamenten etwas.

Sowohl durch die Verordnung eines Kontrazeptivums in der gynäkologischen Sprechstunde des Moabiter Krankenhauses ca. mit 19 Jahren als auch während der Schwangerschaft erlebt sie eine zwischenzeitliche Besserung der Schmerzen. Allerdings kommen dann die Schmerzen „*langsam wieder*“ (Z. 239).

Durch die Schmerzen sind ihr „*JAHRE*“ (Z. 15) verloren gegangen, „*das ist wirklich sehr viel Zeit gewesen*“ (Z. 15), in der sie sich „*abgekapselt*“ (Z. 13) hat. Schmerzbedingt fühlte sie sich ausgeschlossen vom Spiel mit den anderen Kindern und später von den Aktivitäten mit Gleichaltrigen. Exemplarisch erinnert sie sich an die erste Party und den ersten Freund, „*man möchte leben und so ging 's mir auch*“ (Z. 592-593).j

Als Erwachsene erlebt sie oft Situationen, in denen sie wegen der Schmerzen Begegnungen und Gespräche mit anderen vermeidet, „*und damit isoliert man sich schon wieder selbst*“ (Z. 556-557). Dies erlebt sie als „*Teufelskreis*“ (Z. 557), aus dem „*man schwer wieder 'raus [kommt]*“ (Z. 558).

Schmerzverarbeitung und –bewältigung

Im Alltag bei der Arbeit entwickelt sie Ängste, einerseits „*falsche Sachen*“ (Z. 338-339) einzugeben, andererseits traut sie sich nicht „*also so ganz ohne 'was dazusitzen*“ (Z. 332-333), so daß sie vorgibt zu arbeiten bzw. sich Aufgaben „*zum Hin- und Herrutschen oder zum Aufräumen*“ (Z. 336) sucht. Trotz des Bewußtseins darüber, daß sie „*grau-gelb*“ (Z. 343) aussieht, wie sie immer sagt, und die Arbeitskollegen sehr wohl wissen, daß sie krank ist, hat sie „*mit denen noch nicht darüber gesprochen*“ (Z. 346-347) aus Angst vor deren Abwertungen. Lediglich eine nähere Arbeitskollegin zeigt Verständnis, indem sie dann sagt: „*Machen=Se in RUHE!*“ (Z. 332)

Während ihrer Migräneanfälle, die nach der Geburt der Tochter wieder auftreten, sucht sie bei den Eltern im selben Haus Unterstützung. Es zeigen sich familieninterne Schmerzrituale: *„Meine Mutter hat mir ‘n Eimer hingestellt, ich hab’ mich auf die Couch gelegt, Eimer hingestellt und soo, Pfefferminze ‘raufgerieben“* (Z. 247-248).

Statt der Suche nach Unterstützung kompensiert sie das durch die Krankheit negativ besetzte Selbstbild, indem sie versucht sich zu beweisen, daß sie *„kräftig“* (Z. 367) ist. In der Darstellung ihrer Disziplin, die sie rückwirkend mit der Entstehung der Migräne assoziiert, zeigt sich ein widersprüchliches Bild. Einerseits hängt ihr diese Disziplin *„zum Halse ‘raus“* (Z. 92), andererseits widersetzt sie sich den Ermahnungen ihrer Ärztin diesbezüglich mit den Worten: *„Ich bin aber froh, daß man es mir nicht ansieht!“* (Z. 372) Im Umgang mit den Schmerzen, die mit 2 – 3 Stößen sehr plötzlich einsetzen, assoziiert sie das folgende Selbstbild: *„Ich bin dann wie so ‘n Tiger im Käfig, ich lauf dann immer hin und her“* (Z. 309-310). Subjektiv empfindet sie *„das denn als leichter“* (Z. 314-315), stilles Liegen hingegen macht sie *„wahnsinnig“* (Z. 311).

Eher beiläufig und auf vertiefendes Nachfragen am Ende des zweiten Gesprächs begründet sie die anhaltenden Schmerzen mit ihrer Gewohnheit, zunächst nur eine Tablette genommen zu haben, *„und das war Quatsch* (Z. 1080) und im Laufe des Tages weitere 6 – 8, *„und diese Schmerzen war ‘n trotzdem nich’ weg“* (Z. 1082-1083). Dies geschieht trotz des Wissens, daß sie *„gleich ‘ne starke Dosis“* (Z. 1080) hätte nehmen müssen.

Nach einer Ohnmacht im Erwachsenenalter, die im Zusammenhang mit einer in den frühen Morgenstunden eingenommenen Überdosis Schmerztabletten auftritt, begibt sie sich zur Arbeit. Bei einem späteren Arztbesuch äußert sie die Vermutung: *‘Ich fall doch nich’ einfach um, da muß doch irgend=was sein!’* Trotzdem wurde *„da also nichts gemacht“* (Z. 804-806). Eine kritische Reflexion ihres Umgangs mit Schmerztabletten stellt sie in diesem Zusammenhang nicht an.

Die Migräne bringt sie oft auch mit der Aufregung vor Parties in Verbindung: *„Dann hatt’ ich solche Bauchschmerzen vor lauter Spannung und Aufregung, ich fand das toll und mein, jung sein und leben, ne?“* (Z. 603-605) Die durch Migräne bedingten schlechten Stimmungen, sie *„war früher hin und wieder unzufrieden oder hatte auch ‘mal schlechte Laune“* (Z. 470-471), haben sich inzwischen verbessert, *„das kommt eigentlich ganz selten vor“* (Z. 472). Allerdings sieht sie die Gründe hierfür auch darin, *„... daß man (...) ja auch ruhiger [wird] im Alter“* (Z. 473).

Als positive Veränderung empfindet sie die Attitüde der Bedürfnislosigkeit, die sie im Kontext der Schmerzbewältigung an den Tag legt und die darin besteht, sich *„in der Woche mindestens vier Mal [zu sagen] wie gut es mir eigentlich geht“* (Z. 381-382). Dies geschieht vor allem im Zusammenhang mit dem Stöhnen und Meckern anderer Menschen ohne *„Behinderung“* von denen sie annimmt, daß *„die nur zum Arzt gehen, um ‘mal ‘n Rezept zu kriegen“* (Z. 384-385).

Genese von Bewältigungsstrategien/ Subjektive Krankheitstheorien

Als Erwachsene hat sie lange darüber nachgedacht, ob nicht *„dieser ständige Druck und diese ständige Disziplin“* (Z. 89-90), die im Elternhaus oberste Priorität haben, eine Ursache für ihre Migräne ist. Sie ist so erzogen worden, *„...daß man nicht jammert“* (Z. 78), wenn es einem nicht gut geht, weil *„das gehört zum Leben dazu und man fehlt deswegen nicht in der Schule oder später bei der Arbeit* (Z. 79-82).

Aufgrund der elterlichen Anforderungen war ihre Situation als Kind rückwirkend betrachtet *„WIE ‘N KRAMPF“* (Z. 714). Sie sollte *„gut sein in der Schule (...), anständig und ordentlich“* (Z. 716-717) und *„das war so ein STRESS im Grunde“* (Z. 718-719). Wegen ihrer häufigen Fiebererkrankungen erinnert sie sich an die Angst ihren Eltern mitzuteilen, wenn es

ihr „*nicht gut ging, weil die haben dann geschimpft*“ (Z. 726). Die Besorgnis der Eltern, richtet sich vor allem auf ihr Fehlen in der Schule. Im Elternhaus gilt Krankheit als Schwäche. Die Eltern, selbst beide stark an Migräne leidend, reagieren auf die häufigen Erkrankungen der Tochter stets negativ. Dann heißt es: „*Schon wieder krank!*“ (Z. 725-726). Die abwertende Haltung der Eltern im Hinblick auf Krankheit wird einerseits als Belastung kritisch dargestellt, ist aber andererseits bis heute vollständig im Selbstbild integriert, was sich in der Angst zeigt als „*Schwächling*“ (Z. 463) dazustehen bei sichtbaren Zeichen von Krankheit. Ebenso zeigt sich die Internalisierung eines migränebedingten negativen Selbstbildes in den Abwertungen, die sie ihrerseits kranken Menschen entgegenbringt.

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Ihre Kindheit empfindet Frau C. als „*nicht so ganz idyllisch*“ (Z. 147), da sie in der Nachkriegszeit bei der Großmutter und zwei Schwestern des Vaters in sehr beengten Wohnverhältnissen leben, „*also Wohn- Schlaf- und Arbeitszimmer war alles eins*“ (Z.138). Dort erlebt sie „*also auch immer so 'ne gewisse Spannung*“ (Z. 145), die sie als Ursache für ihre Ängstlichkeit betrachtet, weil sie unsicher ist, „*was man denn sagen darf und was nicht, und was man machen darf und was nicht*“ (Z. 160-161). Der Kommunikationsstil im Haus ist bestimmt durch destruktive Auseinandersetzungen, Grenzüberschreitungen und gegenseitige Kontrolle.

Als Folge der starken elterlichen Kontrolle zeigt sich ein tabuisierter Umgang mit Sexualität. Mit ca. 25 Jahren, als es ihr häufig sehr schlecht geht, weil sie „*SOO LANGE MIGRÄNE*“ (Z. 258) hat, verleugnet sie ihre Bedürfnisse, indem sie ihre Motivation sich mit einem Mann zu verabreden damit begründet, „*eigentlich, UM Ruhe ZU HABEN*“ (Z. 263) und um zu sehen, ob sie „*noch normal EMPFINDEN*“ (Z. 267) kann.

Erst auf vertiefendes Nachfragen formuliert sie das mittlerweile distanzierte Verhältnis zur Mutter. Exemplarisch stellt sie deren Grenzüberschreitungen dar während eines Krankenbesuches einer Arbeitskollegin: „*...dann ging die Tür auf, und meine Mutter kam 'rein und setzte sich BUCHSTÄBLICH SOO hin, sagte kein Wort und blieb da sitzen, bis die ging, bis mein Besuch ging. Das war FUURCHTBAR!*“ (Z. 1127-1130)

Die fehlende Durchsetzung bzw. Formulierung ihrer eigenen Bedürfnisse ist auch in ihren Partnerschaften ein zentrales Thema: „*Und ich habe eigentlich immer doppelt geschleppt [beim Einkaufen], wenn ich 'n Partner hatte*“ (Z. 951-952). Bestimmt ist ihr Handeln auch von Konventionen: „*Und Sie kochen anders, wenn 'n Mann mitißt!*“ (Z. 959). Konsequenzen zieht sie dann, wenn nach längerem Schweigen der Ärger überhand nimmt: „*Du brauchst GAR NICHT 'mehr zu kommen*“ (Z. 998-999). Die dargestellten Auseinandersetzungen finden in einer aggressiven, destruktiven Form statt bestehend aus gegenseitigen Vorwürfen. In ihrer Partnerwahl ist sie geleitet von dem Gedanken: „*Du darfst nicht so wählerisch (...) sein*“ (Z. 1002-1003), da sie immer von „*Typen*“ angesprochen wird, die ihr „*immer von Anfang an nie so gefallen haben*“ (Z. 1000-1003).

Sowohl anhand der Partnerwahl als auch innerhalb der Partnerschaft selbst spielt also eine migränebedingte Selbstwert-Problematik eine zentrale Rolle, vor allem, *wenn man es doch recht häufig hat*“ (Z. 880-881), weil sie vermutet, daß es dem Partner „*peinlich den anderen Leuten gegenüber*“ (Z. 930-931) ist, weil sie „*sah schlecht aus denn*“ (Z. 935).

Persönlichkeitsentwicklung

Als Kind beschreibt sie sich als „*Wildfang*“ (Z. 577), der es geliebt hat, bei der Oma auf dem Land „*barfuß durch den Wald*“ (Z.579-580) zu laufen. Die Tatsache, daß sie „*später, so mit 8 Jahren immer ruhiger*“ (Z. 590) wird, assoziiert sie mit den Zwängen im Elternhaus: „*Mir ging das nicht GUUT (...), ich durfte nich'so viel*“ (Z. 610-611) und mit den strengen

väterlichen Prioritäten für „*Schule und Lernen und immer pünktlich zu Hause sein*“ (Z. 613). Einen Zusammenhang zur zu dieser Zeit einsetzenden Migräne stellt sie nicht her.

Diese Gefügigkeitshaltung behält sie zeitlebens bei und unterwirft sich Autoritäten auf Kosten der eigenen Bedürfnisse. Auch heute noch sind ihr ihre Bedürfnisse als Jugendliche nicht gegenwärtig. Sie greift bei ihrer Selbstbeschreibung auf die Bemerkung einer Tante zurück: „*Also ich war 'n Kind, und dann war ich eigentlich erwachsen. Das dazwischen würde mir fehlen*“ (Z. 615).

Auch kann sie nur vermuten, wie ihr die Zeit der Pubertät verloren gegangen ist: „*Ich war immer sehr viel mit Erwachsenen zusammen mit 12, 13 Jahren, vielleicht dadurch*“ (Z. 1100-1101). Ihre Entwicklungsmöglichkeiten zur Eigenständigkeit sind begrenzt durch die Kontrolle der Mutter, die sie häufig von der Schule abholt und mit zu den Verwandten nimmt, wo sie ihre Schularbeiten macht. Aus diesem Grund äußern sich ihre Bedürfnisse nach Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht im Sammeln von Löffeln als Hochzeitsausstattung. Eine kritische Haltung dazu kann sie nicht einnehmen, vielmehr ergibt sich daraus für sie die positive Möglichkeit, daß sie „*von klein auf schon immer mit viel Leuten zusammen war*“ (Z. 1112-1113).

Ihre Attitüde der Bedürfnislosigkeit und Bescheidenheit ist als Folge der Unterwerfung unter die Disziplinvorstellungen der Eltern zu sehen und wird durch den Terminus „Reaktionsbildung“ am besten bezeichnet. Ihre Entwicklung läßt sich mit der Metapher vom Wildfang zum Tiger im Käfig zusammenfassen.

3.1.3.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Christ

Als Krankheitsvorbedingung im Vorfeld des ersten Migräneanfalls läßt sich eine Verhaltensveränderung identifizieren, die auch im Sinne einer Verhaltensunterdrückung ihres lebhaften Temperamentes verstehbar ist und in dem Motto: „Vom Wildfang zum Tiger im Käfig“ zum Ausdruck kommt.

Bei Frau Christ läßt sich eine Tendenz erkennen, die Migräne als schicksalhaftes, exogenes Geschehen hinzunehmen und mit einer bestimmten Wetterlage und genetischen Faktoren aufgrund der Vorbelastung durch beide Eltern zu verbinden.

Die Migräne wird subjektiv als Störfaktor der Normalität angesehen. Frau Christ entspricht damit dem klassischen Alexithymie-Modell der französischen Schule.

Ein Aspekt dieses Verhaltens ist in dem migränebedingten Selbstwertdefizit zu sehen, das es zu kompensieren gilt durch einen defensiv-verleugnenden Umgang mit der Migräne und durch die Bemühung um Normalität. Dies geschieht unter Mißachtung der eigenen Belastungsgrenzen und durch die starre Aufrechterhaltung der Arbeitsdisziplin, was als Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung chronischer Belastungen angesehen werden kann.

Vor dem Hintergrund eines niedrigen Kompetenzzempfindens sind die Ängste vor den Abwertungen anderer als eine Ursache für ihr maladaptives Rückzugsverhalten zu sehen, das Frau Christ in den „*Teufelskreis*“ (Z. 557) nachhaltiger sozialer Isolation führt. Neben einer einseitig somatischen Entstehungstheorie verfügt Frau Christ über eine geringe interne Kontrollüberzeugung, was sich in einer deutlich passiven Behandlungserwartung und einer geradezu fatalistischen Delegation von Verantwortung an den Arzt zeigt.

Ein Medikamentenmißbrauch wider besseren Wissens wird nur andeutungsweise kritisch reflektiert und nicht mit der Zuspitzung der Symptome assoziiert. Ihre größte Befürchtung liegt im Übersehen eines schwerwiegenden körperlichen Befundes. Selbst für eine durch den

Medikamentenmißbrauch verursachte Ohnmacht wird die Verantwortung an den Arzt delegiert, so daß hier der Eindruck des fatalen Erduldens der eigenen Lebenssituation als ein schicksalhafter Geschehen noch verstärkt wird.

Ein krankheitsbedingt negatives Selbstbild wird schon im Elternhaus durch Verleugnung und Pflichterfüllung kompensiert. Die internalisierten Disziplinvorstellungen aus dem Elternhaus, in dem das Leben Last ist und dem Lernen und der Pünktlichkeit oberste Priorität gilt, führen zu einer Abkehr von einer lustbetonten emotionalen Seite des Lebens, die auch die Tabuisierung von Sexualität umfaßt. Vor diesem Hintergrund ist ihre Gefügigkeitshaltung als Delegation von Verantwortung an Autoritäten zu interpretieren, durch die ihr Leben nachhaltig fremdbestimmt wird.

Im Verlust der Jugend läßt sich ein kritischer Lebensaspekt identifizieren, der ebenfalls auf die starke elterliche Kontrolle zurückzuführen ist und in dem Sinnbild „Tiger im Käfig“ zum Ausdruck kommt. Die Bedeutung dieses Aspektes liegt in der Schwierigkeit der Ablösung aus dem elterlichen Einfluß- und Kontrollbereich in der mangelnden Formulierung und Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse. Beispielhaft wird das auch im Erwachsenenalter noch sichtbar im Umgang mit ihren kurzfristigen Partnerschaften und im Erdulden der grenzüberschreitenden Mutter.

Die verlorene Zeit ist vor diesem Hintergrund verstehbar als der Verlust an Lebensfreude und Lebensqualität durch den Ausschluß aus dem sozialen Leben. Als positive Entwicklung empfindet sie ihre überwiegende Zufriedenheit im Gegensatz zu früheren Launen, was sich als Verleugnung ihrer Sehnsüchte und Wünschen und als Verstärkung einer starren, dysfunktionalen Attitüde der Bedürfnislosigkeit interpretieren läßt.

3.1.4 Einzelfalldarstellung Frau Deter

Angaben zur Person

Alter: 43 Jahre

Familienstand: ledig, 13-jährige Tochter

Berufliche Tätigkeit: Sozialpädagogin, Kindergarten-Leiterin

Diagnose: einfache Migräne mit Übelkeit

Erstauftreten mit 20 Jahren

Schmerzverlauf: Über 18 Jahre lang. Schwankungen im Auftreten zwischen mehrmals im Monat bis selten. Seit 5 Jahren Spannungskopfschmerzen (ebenfalls mit großen Schwankungen)

3.1.4.1 Kontextprotokoll

Frau Deter, Jahrgang 1957, ist Sozialpädagogin und alleinstehend mit einer 1988 geborenen Tochter. Während des Interview ist sie müde, was sich teilweise auch im Gespräch niederschlägt.

Sie entschuldigt sich, nicht vorbereitet zu sein, so daß ich den Eindruck bekommen, sie müsse gewissen Ansprüchen genügen. Manchmal nehme ich Widerstände und Ärger wahr. Die Gesprächsbereitschaft erhöht sich nach Abschalten des Bandes.

3.1.4.2 Nacherzählung von Frau Deter

Motto: „Schwächen sind nicht meine Stärke“ oder „ALLES IMMER UND ZU JEDER ZEIT SCHAFFEN“

Frau Deters erste Migräneanfälle fallen in die Zeit nach Beendigung ihrer Ausbildung als Erzieherin und nach dem Auszug aus dem Elternhaus. Mit ca. 20 Jahren nimmt sie „*einen sehr, sehr harten Job*“ (Z. 13) an. Ihre Aufgabe besteht in der Betreuung von 10 gehörlosen Kindern von morgens bis abends, in Bereitschaftsdiensten für den Fall, daß ein Kind vorzeitig aus der Schule kam und aus Nachtdiensten mit häufigen nächtlichen Störungen. Sie bewältigt diese Aufgaben „*idealistisch und aufopfernd*“ (Z. 71), trotzdem sie ihre Kräfte überschreiten. Seit dieser Zeit treten ihre Migräneanfälle über 18 Jahre lang auf. In ihrer Häufigkeit schwanken sie zwischen mehrmals im Monat bis selten. Im Laufe der Zeit werden die Schmerzen stärker, sodaß sie zunehmend auch in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ist. Nach langen Phasen der Verdrängung wird ihre Auseinandersetzung mit der Migräne zunehmend aktiver, indem sie sich ein Buch über Migräne kauft von Aspirin auf stärkere Schmerzmittel übergeht und einen Arzt konsultiert. Sie ist stets „*präpariert*“ (Z. 122) mit einer Kaltkompressen und starken Migränemitteln, die sie schon im Ansatz entstehender Schmerzen nimmt und sich dann sofort hinlegt. Auf diese Art verlieren die Schmerzen ihren „Migränecharakter“. Stattdessen hat sie seit ca. 5 Jahren nur noch Kopfschmerzen in unterschiedlicher Häufigkeit.

Durch das Elternhaus wird ihr schon früh die Rolle als „*starkes Kind*“ (Z. 423-424) und „*Macherin*“ (Z. 422) zugewiesen. Wenn die „*sehr schwache Mutter*“ (Z. 435) unter Depressionen leidet, muß sie von der Schule fern bleiben um der Mutter beizustehen.

Auch heute noch bezeichnen die Eltern sie als jemand, „*der ALLES schafft, was er sich vorgenommen hat und mein Bruder das Gegenteil*“ (Z. 473-474) und so wird sie auch im eigenen Freundeskreis wahrgenommen. Dort kann sie sich auch nicht so gut fallen lassen wie ihr das in ihrer Beziehung zu einem Mann möglich ist.

Sie beginnt eine Psychotherapie, weil sie nicht so gut „*Hilfe von anderen Menschen annehmen*“ (Z. 136-137) kann. Sie soll ihr helfen mit den eigenen Problemen fertig zu werden.

Ein sehr starker Migräneanfall tritt auf in einer Umbruchsituation nach der Trennung von ihrem Partner, mit dem sie seit ca. 1978 – 1992 in eheähnlicher Beziehung zusammen gelebt hat und der auch der Vater ihrer Tochter ist. Aus finanziellen Gründen und um nicht alleine zu sein, nimmt sie nach der Trennung eine Freundin zur Untermiete auf. Die Tochter ist zu diesem Zeitpunkt ca. 7 Jahre alt. Nach dem Auszug der Freundin 1995 macht sie einer jungen Studentin trotz „*ganz, ganz großer Bedenken*“ (Z. 263) die Zusage bei ihr wohnen zu können, allerdings nur für 4 Wochen, weil sie nicht wußte, „*WIE ich eigentlich wohnen wollte*“ (Z. 258) und „*um dieser Situation etwas auszuweichen*“ (Z. 258-259). Die neue Mitbewohnerin erweist sich als „*wahnsinnig nett und wohnt immer noch hier*“ (Z. 273-274).

Ihre Lebensplanung umfaßt den Wunsch, mit einem Mann lebenslang zusammen zu sein und 2-3 Kinder zu haben. Allerdings hat sie eher einen Hang zu den „*unbeständigen Aufreißern*“ (Z. 580). Mittlerweile kann sie sich aber eher ein Leben als Alleinstehende vorstellen. Ihr Alltag ist lange bestimmt von dem Wunsch, „*IMMER ALLES ZU JEDER ZEIT UND IMMER [ZU]SCHAFFEN*“ (Z. 664-665). Mittlerweile ist sie jedoch imstande, mit ihren körperlichen Kräften besser zu haushalten.

3.1.4.3 Paraphrasierung von Frau Deter

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Die Anfänge ihrer Migräneerkrankung sieht Frau Deter begründet in einem „*richtig harte[n] Einstieg in's Berufsleben*“ (Z. 17), in dem sie oft „*ganz, ganz furchtbar lange Dienste*“ (Z. 15) hatte. Die Schmerzen treten über 18 Jahre manchmal mehrmals im Monat auf und es gibt auch Phasen, wo sie ausbleiben. Die Schmerzen, auch die aktuell noch bestehenden starken Kopfschmerzen, treten auf, wenn sie nicht „*funktionieren muß*“ (Z. 648). Sie handelt nach dem Muster, „*wenn ich funktionieren muß, dann krieg' ich das irgendwie auf die Reihe, egal was is'*“ (Z. 652-654). Trotzdem kennt sie die Gründe für eine Zuspitzung der Symptome in Form einer zunehmenden Schmerzintensität nicht, ebenso wenig wie die für das plötzliche Wegbleiben der Migräneattacken. Bei den seit ca. 5 Jahren auftretenden Kopfschmerzen hat sie „*oft das Gefühl, daß das mit dem Wetter zusammenhängt*“ (Z. 623-624).

Die Schmerzattacken werden so heftig, daß sie auch nicht mehr arbeiten kann. Durch die Zunahme der Schmerzintensität fühlt sie sich zunehmend in ihrer Bewegungsmöglichkeit beeinträchtigt. Ebenso läßt die Wirksamkeit ihres Schmerzmittels nach, sodaß sie auf Migränemittel zurückgreifen muß. Dadurch bekommt die Migräne einen zunehmend bedrohlichen Charakter.

Schmerzverarbeitung und -bewältigung

Über lange Zeiträume zeichnet sich eine tendenzielle Verleugnung als Schmerzbewältigung ab. Sie hat sich „*wenig Gedanken gemacht (...) über die Ursachen*“ (Z. 89-90) und die Anfälle „*gar nicht mit [sich] in Verbindung*“ (Z. 98) gebracht.

Im Schmerzerleben wird eine Ambivalenz sichtbar. Sie erlebt sie die Schmerzen zunehmend heftiger. Sie faßt aus diesem Grund einerseits den Vorsatz, „*eigentlich 'was zu unternehmen*“ (Z. 101), andererseits fühlt sie sich 2 Tage lang danach „*sehr sehr ausgeruht, sehr erholt komischerweise*“ (Z. 96) und hat „*dann ganz schnell wieder vergessen, daß ich so 'was hab*“ (Z. 97-98). Sie beschreibt das Auftreten ihrer Kopfschmerzen im Anschluß an eine Anspannung, in der sie „*nicht mehr funktionieren*“ (Z. 647-649) muß, als ein Fallenlassen in eine „*Körperlichkeit*“ (Z. 651). Sie hat sich nie als „*MigräneKRANK*“ (Z. 160) empfunden. Erst mit der Befürchtung eines Kontrollverlustes bei zunehmender Schmerzintensität läßt sich eine Veränderung in der Schmerzbewältigung feststellen, die deutlich handlungsbezogener wird. Mit dem Vorsatz, „*sich dem nicht mehr so aus [zu] liefern*“ (Z. 220-221), weil sie sich zunehmend auch in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt fühlt, informiert sie sich gezielt über das Krankheitsbild der Migräne in einem „*Migränebuch*“ (Z. 118). Sie läßt sich von einem Arzt ein stärkeres Schmerzmittel verschreiben, „*präpariert*“ (Z. 122) sich mit kalten Kompressen und „*schon immer im Ansatz*“ (Z. 125-126) nimmt sie ein Schmerzmittel und sorgt für Ruhe und bringt damit die Schmerzen unter Kontrolle.

Aus heutiger Sicht erkennt sie die Überforderung, die zunächst eine nachhaltige Beeinträchtigung ihrer Gesundheit in Form einer chronischen Stirn- und Kiefernhöhlenvereiterung zur Folge hatte und übrig geblieben davon ist (...) von dieser ganzen Situation und meinen Krankheiten diese Migräne dann“ (Z. 21-23).

Neben ihrem Partner, den das nicht weiter interessiert, bekommt sie über Freundinnen Zuwendung und auch Massagen. Allerdings ist ihr primäres Bedürfnis sich dann zurückzuziehen.

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

In der Herkunftsfamilie zeigt sich eine deutliche Spaltung zwischen der ihr zugewiesenen positiven Rolle als Starke, die „*weiß wo es lang geht*“ (Z. 426) und dem Bruder als „*so 'n Weichei*“ (Z. 463). Im Kontrast zur starken Tochter steht die „*sehr schwache Mutter, die auch*

sehr depressiv veranlagt war“ (Z. 435-436). Auch der Bruder war immer „sehr KRÄNKLICH und man mußte sich immer sehr um ihn kümmern (Z. 482-484). Damit zeigt sich eine enge, deutlich negativ besetzte Verknüpfung zwischen Schwäche und Krankheit. Diese spezifische Familiendynamik bewirkt eine Spaltung zwischen Stärke (Vater, Tochter) und Schwäche (Mutter, Bruder). Der Vater ist „auch ein großer Tyrann damals“ (Z. 440).

Ihre retrospektiv entwickelten Krankheitstheorien decken sich mit dem Eindruck, der im Kontext der Darstellung ihrer Schmerzbewältigung entsteht. Ihre Ambivalenz im Hinblick auf die Krankheitsbewältigung scheint die oben dargestellte Spaltung innerhalb ihres Elternhauses widerzuspiegeln.

Sie verbindet mit der Entstehungsursache vor allem ihre eigene Grenzenlosigkeit, so mit der „ganzen Art“ (Z. 165), in der sie sich bei der Arbeit „sehr stark einbring[te], aber auch mit[ihrem] Kind“ (Z. 173). Lange Zeit ist ihr alltägliches Handeln bestimmt von der Erwartung, daß sie „ALLES, ZU JEDER ZEIT UND IMMER schaffen muß“ (Z. 664-665).

Auf der anderen Seite vermutet sie als Ursache für die Migräne, daß sie „halt angefangen, [hat] auf eigenen Beinen zu STEHEN“ (Z. 557), nachdem sie das Elternhaus verlassen hat.

Mit dem „heftigsten Migräneanfall [ihres] Lebens“ (Z. 276-277) vor 5 Jahren verbindet sie rückwirkend eine große Umbruchsituation in ihrem Leben, in der ihr „eben SCHMERZHAFT klar wurde, daß ich jetzt wirklich keinen Partner mehr hab“ (Z. 308-309). Während dieser Umbruchsituation empfindet sie „SEHR GROSSE Unsicherheiten, ja“, (Z. 348), weil es „war erst mal finanziell `n großer Einbruch“ sie hatte „eben `n kleines Kind“ ich hatte `ne halbe Stelle (...), `ne große Wohnung (Z. 336-337) und sie „wußte gar nicht, wie [sie] das mit dem Kind, mit der Arbeit, wie [sie] das alles auf die Reihe kriegen sollte“ (Z. 346-348). Nach einer langjährigen Partnerschaft ist sie in Sorge, ob sie ihr „Leben auch alleine leben kann“ (Z. 329-330).

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Durch das Elternhaus wird ihr schon früh die Rolle als „starkes Kind“ und „Macherin“ (Z. 422-424) zugewiesen. Wenn die „sehr schwache Mutter“ (Z. 435) unter Depressionen leidet, muß sie sie trösten und von der Schule fern bleiben. Die ihr im Elternhaus zugewiesene Rolle derjenigen, die im Gegensatz zum Bruder „ALLES schafft“ (Z. 473), hat sie „oft `n bißchen SAUER gemacht“ (Z. 481), weil „man mußte sich immer sehr um ihn kümmern“ (Z. 483- 484) und dadurch hat sie das Gefühl, „daß er mir auch `ne Menge so GENOMMEN hat, also gestohlen hat so an „äh, Aufmerksamkeit, an Liebe“ (Z. 484-486).

Auch heute noch hat sie diese Rolle, das würden ihr die Eltern jederzeit bestätigen. Im Gespräch mit dem Bruder sind sich beide einig, daß ihre Rolle die angenehmere ist, allerdings hätte sie „was davon gerne gehabt und würde das auch heute noch ganz gut finden“ (Z. 498-499) von der Zuwendung, die er erfahren hat.

Bei Frau Deter läßt sich feststellen, daß sie nie alleine gewohnt hat. Zum Zeitpunkt des ersten Migräneanfalls hat sie in einer Hausgemeinschaft eine „recht nette und angenehme Lebenssituation“ (Z. 29-30). Auch der Beginn ihrer 14-jährigen eheähnlichen Beziehung und die Geburt ihrer Tochter fällt in etwa in diese Zeit. Nach ihrer Trennung nimmt sie eine Studentin zur Untermieterin, die sie als „wirklich wahnsinnig nett“ (273-274) bezeichnet und mit der sie bis heute zusammenlebt.

Rückwirkend betrachtet sie die Möglichkeit einer bezahlten Therapeutin als Gewinn, weil sie Schwierigkeiten hat „Hilfe von anderen Menschen“ (Z. 135-136) anzunehmen.

Mit Freunden und Bekannten kann sie zwar über ihre Probleme reden, jedoch fällt es ihr in deren Gegenwart schwer, „also so einfach `mal schwach zu sein“ (Z. 146-147).

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

In der Darstellung ihrer Persönlichkeit zeichnet sich ein deutliches Selbstkonzept ab. In ihrer Selbstbeschreibung hat sie aus heutiger Sicht diese Rolle der „*Starken*“ (Z. 361) beibehalten. Ihr ist klar, daß sie auf alle, die sie besser kennen, wirkt wie eine Frau, die weiß, was sie tut und „*wo's lang geht*“ (Z. 425-426). Trotz bestehender Probleme fühlt sie sich „*trotzdem auch immer sehr stark*“ (Z.145-146). Ihre Selbsteinschätzung deutet auf ein Selbstvertrauen vor dem Hintergrund internaler Kontrollüberzeugungen und sozialer Ressourcen hin.

Im Widerspruch dazu steht das starke Regressionsbedürfnis, das als Folge einer frühen Überforderung und Umkehr der Mutter – Tochter- Rolle zu Lasten ihres kindlichen Anlehnungsbedürfnis geht und insofern als Entwicklungsdefizit gelten kann. Hier kann auch der Ursprung von Ablösungsschwierigkeiten aus dem Elternhaus gesehen werden. Mit dem Satz, „*Schwächen sind eher nicht meine Stärke*“ (Z. 356), verfügt sie über Reflexionsmöglichkeiten im Hinblick auf verdrängte Gefühle „*der Einsamkeit, von Traurigkeit,*“ (Z. 367), die auch die Sehnsucht nach einem Partner und das Bedürfnis nach Zärtlichkeit umfassen.

3.1.4.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Deter

Frau Deter entwickelt eine mehrdimensionale, widersprüchliche Entstehungstheorie, mit der Tendenz aktuell eher exogene somatische oder physikalische Gründe der Entstehung zu präferieren. Sie sieht die Migräne als Folge streßbedingter Stirn- und Kieferhöhlenvereiterungen infolge langanhaltender Dienste zu Beginn ihrer Erzieher-Tätigkeit.

Ihre „Wochenend-Migräne“ in der „Nachstreßphase“ zeigt sich als Reaktion auf Selbstüberforderungstendenzen in Rahmen eines exzessiven, idealistischen Leistungsverhaltens. Für eine Zunahme der Schmerzintensität, durch die sie sich zunehmend auch in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt fühlt, sind für sie keine situativen Gründe erkennbar.

Zu dieser Zeit kommt auch dem Verlassen des Elternhauses und der Angst vor Selbständigkeit eine weitere wichtige Rolle zu. Zusammen mit der Arbeitsaufnahme kann dies als Umbruchsituation mit großen Unsicherheiten bewertet werden.

Nach einer Migräneattacke steht über Jahre das subjektive Erholungsgefühl im Vordergrund, sodaß der Schmerz von Anfall zu Anfall „vergessen“ wird. Die Migräne wird als Möglichkeit des Fallenlassens in eine Körperlichkeit im Sinne einer Regression bzw. Resomatisierung dargestellt.

Bestehende Vorsätze sich dem nicht mehr auszuliefern bleiben ohne Konsequenz. Mit einer Angst vor einem Kontrollverlust aufgrund einer zunehmenden Arbeitsunfähigkeit läßt sich eine Verhaltensänderung in Richtung einer aktiven Auseinandersetzung feststellen. Dies geschieht in Form einer aktiven Informationsbeschaffung über Migräne-Literatur, die zunehmend handlungsbestimmend wird für den weiteren Umgang mit den Schmerzen. Sie sorgt bei ersten Anzeichen für eine Schmerzunterdrückung schon im Ansatz und für sofortige Ruhe.

Die Psychotherapie ist weniger als Schmerz, sondern eher als Lebensbewältigung aufzufassen und als Inanspruchnahme externer Ressourcen zu verstehen, die ein hohes Maß an Motivation, Selbstwirksamkeitsüberzeugung und Veränderungswillen voraussetzt.

Rückwirkend entwickelt sie ein differenziertes Bild ihrer Schmerzen. Dabei stellt sie einen Bezug zwischen ihrer Migräne und problematischen biographischen Aspekten her. Das ist die

„Grenzenlosigkeit“ im Hinblick auf die Arbeit und ihre Tochter. Ein weiterer Aspekt umfaßt die Ängste, die sie mit der großen Umbruchsituation nach der Trennung von ihrem Partner assoziiert. Sie sieht die Migräne als schmerzhaftes Bewußtwerden eines tiefgreifenden Verlustes des langjährigen Partners, mit dem ein weiteres Mal die latenten Ängste vor dem Alleinsein und der Selbständigkeit gekoppelt sind.

In der Herkunftsfamilie zeigt sich eine Spaltung zwischen den Starken und Gesunden und den Schwachen und Kranken in der Familie. Ihr wird die Rolle der Starken zugewiesen im Gegensatz zum Bruder, über den sie sich abwertend äußert (Weichei). Die Mutter ist ebenfalls sehr schwach. Damit zeigt sich eine enge, deutlich negativ besetzte Verknüpfung zwischen Schwäche und Krankheit.

Mit der zunehmenden Präferenz einer pragmatisch-kontrollierenden Bewältigungsstrategie entspricht sie nach außen ganz dem ihr zugewiesenen Rollenideal der Eltern, das keine Zwischentöne zuläßt. Hier sind die Ursprünge einer Verleugnung ihrer Migräneerkrankung als Ausdruck ihrer Ängste und „schwachen“ Seite zu sehen, die sie lange Zeit gar nicht mit sich in Verbindung bringt. Ein weiterer Aspekt dieser schwachen Seite liegt in dem unter den beschriebenen Sozialisationsbedingungen zu kurz gekommenen kindlichen Regressionsbedürfnis. Die Möglichkeit zu dessen Befriedigung sieht sie einzig in einer Beziehung zu einem Mann innerhalb einer Partnerschaft, eine Lebensform, die für sie lange das einzig Vorstellbare ist.

Vor diesem Hintergrund ist der Verlust der Partnerschaft als Verlust der einzigen Anlehnungsmöglichkeit zu sehen. Als weiteres Resultat dieser Rollenspaltung zeigt sich in Frau Deters umfassenden Erwartungen an das eigene Leistungsvermögen.

3.2 Einzelfallauswertung der Kontrollgruppe

3.2.1 Einzelfalldarstellung Herr Emrich

Angaben zur Person:

Alter: 43 Jahre (Jahrgang 1960)

Familienstand: ledig, alleinstehend

Berufliche Tätigkeit: Tischler; selbständig

Diagnose: Lendenwirbelsyndrom

Erstaufreten mit 19 und 29 Jahren Jahren, dazwischen mehr oder weniger latent vorhanden

Verlauf: Zuspitzung im Rahmen einer krisenhaften Lebenssituation zwischen 93-95.

Zwischen 95-99 ca. alle 3 Monate

Ko-Morbidität: Depressionen seit 1973

3.2.1.1 Kontextprotokoll von Herrn Emrich

Herr Emrich ist alleinstehend und lebt in einer 1-Zimmer-Wohnung im Seitenflügel eines Hauses. Das Interview mußte wegen Terminproblemen aufgrund seiner Selbständigkeit immer wieder verschoben werden.

Während des Interviews rennt Herr E. aufgeregt herum als wolle er am liebsten weglaufen. Bei vertiefenden Fragen setzt er mir mit kurzen Sätzen Grenzen und wird aggressiv, als müsse er sich verteidigen. Zum Ende hin, nach Abschalten des Bandes, beginnt er von sich aus weiter zu erzählen.

3.2.1.2 Nacherzählung von Herrn Emrich

Motto: „Du bist noch nicht D`RAN“

Bei Herrn Emrich, Jahrgang 1960, tritt der erste „Hexenschuß“ im Alter von 19 Jahren während seiner Studienzeit auf. Das Studium in Philosophie, Germanistik und Politik nimmt er den Eltern zuliebe auf, zunächst in Hannover und wechselt dann nach Berlin, wo er „*unter gegangen*“ (Z. 772) ist. Mit den mündlichen Beiträgen im Studium kommt er nicht zurecht und bricht das Studium viel zu spät ab, was er als „*doppeltes Versagen*“ (Z. 785) betrachtet. Zu der Zeit ist die Atmosphäre im Elternhaus bestimmt vom 10-jährigen „*Dauerkonflikt*“ (Z. 58) der Eltern, „*der über die Kinder ausgetragen wurde*“ (Z. 85-86). Die Ehe der Eltern wird geschieden, nachdem der Vater „*halt abgehauen*“ und eine 2-jährige „*Sendepause*“ (Z. 75) eingetreten war.

10 Jahre später treten die Schmerzen wieder auf, während einer Tätigkeit als Tischler in einem Holzkollektiv, die er mit einem „*Ruck und Wut*“ (Z. 30-31) ausführt.

Als der Jüngste von drei Brüdern „*durfte [er] eben nie die Sachen, die meine Brüder gemacht hab`n*“ (Z. 568-569), weil die Eltern da schon „*im Vorfeld*“ (Z. 570) gewarnt waren. Er wurde „*da schon immer entsprechend bearbeitet*“ (Z. 571) mit „*Strafandrohung*“ (Z. 576) und mit „*Wertung*“ (Z. 577).

Im Alter von 14 Jahren gilt für ihn die Anweisung, mit Mädchen keinen „*Kontakt zu haben auf`m Spielplatz*“ (Z. 580). Es gibt auch Auflagen, sich der katholischen Moral zu „*fügen*“ (Z. 583) beispielsweise durch den Kirchenbesuch und das Feiern des Karnevals nur in bestimmten Zeiten. Für ihn und seine Brüder war alles verboten, „*was damals ANGESAGT*“ (Z. 614) war, deshalb bleibt ihm die Welt der Freunde fremd und er verhält sich dort

„verstockt und steif“ (Z. 626). Nach seinem Auszug aus dem Elternhaus entwickelt er die Vorstellung: „Dann wird das Leben schön und bunt.“ (Z. 385-386). Allerdings nehmen die Erwartungen der Eltern an sein Verhalten „MEHR RAUM“ (Z. 619) ein als erwartet, was sich in seinen Verkrampfungen im Kontakt zu Menschen zeigt. Seine vielen „Ideen“ wie er mit Menschen „zusammen sein kann“ (Z. 809) scheitern daran. Viele seiner Freundschaften sind „halbfertig“ (Z. 812) und enden mit vielen unausgesprochenen Fragen.

Aus Angst vor dem Verlust der Sympathie im Bekanntenkreis bewahrt er mittlerweile eine Distanz, damit die Beziehung nicht in einen „Unfall ausartet“ (Z. 848). Am meisten fürchtet er die Anforderungen anderer Leute „gut d’rauf [zu] sein“ (Z. 420), weil er war „nie ’n fröhlicher Mensch“ (Z. 463). Trotz der vielen Freunde fühlt er sich „oft sehr allein“ (Z. 487). Seit seinem 13. Lebensjahr leidet er unter Depressionen: „Und das Leben war IMMER ’N LEIDEN für mich“ (Z. 1034).

Ab 1993 kommt es durch Konfliktsituationen zu einer Anhäufung von „Hexenschüssen“, die ihn alle 6- 8 Wochen lahmlegen. Im Holzkollektiv, in dem er lange Jahre tätig ist, gibt es „SCHWERE KONFLIKTE“ (Z. 182-183), die ihn 1994 veranlassen aus Selbstschutz das Kollektiv zu verlassen um sich selbständig zu machen. Er erinnert sich an anhaltende Schmerzen, die im Sommer 94 beginnen und über den Winter bis zum März 1995 anhalten. Die berufliche Selbständigkeit als Tischler geht mit Dauerbelastungen einher wie chronischem Zeitdruck und Schwierigkeiten bei der Organisation von Personal und Material entsprechend der aktuellen Auftragslage, sodaß er häufig das Gefühl bekommt: „Ich schaff’s nicht!“ (Z. 892)

1997 beginnt er eine Psychotherapie, weil er viele seiner „Ideen oder Wünsche“ (Z. 1038-1039) mit seinen „Möglichkeiten“ (Z. 1041) nicht realisieren kann. Diese und zwei weitere Therapien werden nach ½ bzw. 1 Jahr abgebrochen. Zu diesem Zeitpunkt hat er das Gefühl, es geht nicht mehr weiter, weil er „einfach nich’mehr KLARGEKOMMEN“ (Z. 1007) ist mit seinen Gefühlen und mit anderen Menschen. Da war er „3 Jahre lang depressiv“ (Z. 1017). Er reduziert seine sozialen Kontakte und stürzt sich damit in die Arbeit „um die Zeit tot zu schlagen“ (Z. 1011) und um Suizidgedanken zu entgehen. Der letzte Hexenschuß tritt 1999 ein und zwar mit nicht näher bezeichneten Konflikten in der Therapie.

3.1.2.3 Paraphrasierung von Herrn Emrich

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Erstmalig treten die Schmerzen im Alter von 19 Jahren auf. Eine Zuspitzung in Form einer Anhäufung von Hexenschüssen erlebt er zwischen 1993 – 1995 während seiner Arbeit im Holzkollektiv und ein Jahr nach dem dortigen Ausstieg, was ihm das Gefühl vermittelt, daß er da „n’bißchen gescheitert“ (Z. 161) ist, weil er sich nicht „durchsetzen konnte“ (Z.162). Es gab „schwere Konflikte“ (Z. 182-182), die ihn dazu bewegen sich und seine Rolle und Position „verteidigen“ (Z.192) zu müssen. Der „Anstrengung“ (Z. 192) war er „am Ende auch nicht mehr gewachsen“ (Z. 193).

Im Symptomenverlauf empfindet er eher eine zunehmende Verspannung im gesamten „Beckenmuskulbereich“ (Z. 122) als eine Zunahme der Schmerzintensität. Die 1995 eintretende Zuspitzung im Zuge seiner Selbständigkeit hängen für ihn einerseits mit Isolationsgefühlen zusammen, die er Zeit seines Lebens kennt und auch mit der verstärkten Auftragslage und organisatorischen Problemen. Die Schmerzen ziehen sich über den ganzen Sommer bis zum März des nächsten Jahres hin, sodaß er sich in ärztliche Behandlung begibt. Da wurde er „2 Wochen lang an den Tropf gehängt, da bin ich dann jeden Tag hin um die Muskeln zu entspannen, weil da war nichts mehr mit irgendwelchen gymnastischen oder chiropraktischen Eingriffen zu machen“ (Z. 260-263).

Um 1997 herum ist er schon seit 3 Jahren depressiv und hat die Angst seine „Probleme überhaupt nicht mehr in den Griff [zu] kriegen“ (Z.1018). Aufkeimenden Suizidgedanken begegnet er mit sozialem Rückzug und Kompensation durch Arbeit, weil er „da teilweise auch gelöster [ist] und weiß, „wo 's lang geht“ (Z.1055,1057).

Schmerzverarbeitung - und -bewältigung

Als Folge der Schmerzen fühlt er sich „einfach sehr hilflos, weil man kann nicht weglaufen“ (Z. 355-356) und „'n bißchen SEHR verletztlich“ (Z. 356-357). Durch die Erfahrung mit den Schmerzen entwickelt er zunehmend mehr Zuversicht, weil „es geht dann auch vorbei, das weiß man nach 'ner gewissen Zeit“ (Z. 369-370).

Als schmerzlindernde Maßnahmen verordnet er sich zunächst Ruhe und Thermo-Salbe. Über lange Zeiträume hat er „gewartet, daß der Schmerz nachläßt“ (Z. 202-203). Auf diese Art und Weise war er dann „locker früher 2 Wochen lahmgelegt“ (Z. 216). Auch auf schmerzstillende Medikamente verzichtet er. Beides stellt er mit der inzwischen gewonnenen Erfahrung mittlerweile in Frage. Heute würde er „gewisse gymnastische Übungen“ (Z. 213-214) machen. Auch hat er dann weitergearbeitet, weil man sich „an gewisse Rückenschmerzen prima gewöhnen“ (Z. 234) kann.

Die Schmerzen werden 1995 „raumgreifend“ (Z. 336). Da „war so =ne, so 'n Punkt erreicht, wo ich einfach nicht mehr laufen konnte“ (Z. 337-338). Aus dem Grund beginnt er neben zahlreichen medizinischen Behandlungen mit Gymnastik und besucht später eine Yogagruppe. Außerdem beginnt er drei Psychotherapien, die er jeweils abbricht aufgrund von Konflikten.

Beim Auftreten der Schmerzen mit 29 Jahren assoziiert er mit den mechanischen Aspekten eine ausgeführte Bewegung, die er aus Wut auf die Arbeitskollegen in einem Holzkollektiv mit „übergroße[r] Kraft“ (Z. 40) ausführt. Die Wut basierte in der Vorweihnachtszeit auf dem Gefühl, daß die Arbeit überhand nahm und er „alles ALLEIN machen“ (Z. 38) mußte.

Aus dem Freundeskreis gab es Tips und Empfehlungen zu Krankengymnasten und auch „Anteilnahme“ (Z. 503). Auf soziale Unterstützung könnte er rechnen sofern er darum bitten würde, allerdings macht er das „sehr ungern“ (Z. 512).

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Mit 19 Jahren betrachtet er die ersten Schmerzen als „rein mechanisches Problem, Rücken verrenkt“ (Z. 655-656). Heute weiß er, daß er sich aus der Konfliktsituation zu Hause und später in der Holzmanufaktur, „ausklinken wollte“ (Z. 661), so „lädiert“ (Z. 662) war er. Da hat er aus damaliger Sicht einfach nichts mehr machen können außer im Bett zu liegen.

Seine Eltern befinden sich zum Zeitpunkt des ersten Auftretens in einem 10-jährigen Dauerkonflikt bis die Ehe „schmerzhaft geschieden“ (Z. 65) wurde. Die Streitereien wurde dabei auch über die Kinder ausgetragen. Seine persönlichen Belastungen kommen in seiner Darstellung nur sehr vage zum Ausdruck.

Mit der Schmerzsymptomatik mit ca. 29 Jahren entwickelt er nahe und ferne Zukunftsängste, „so das Leben in den Griff zu kriegen“ (Z. 377-378). Für die Gründe seines Ausstiegs aus dem Kollektiv übernimmt er sehr viel Verantwortung und beschuldigt sich selbst nicht „harmonisch in dieses Gefüge 'reinbegeben“ (Z. 171-172) zu haben. Im Zuge der sich anschließenden Selbständigkeit zeigen sich alte Einsamkeitsgefühle: „Mein Gefühl ist sowieso, daß ich immer alleine stehen muß“ (Z. 157-158).

Aus heutiger Sicht ist ihm noch klarer als früher, daß die Schmerzen entstehen durch seine Situation wie er „mit Menschen“ (Z. 146) zusammen lebt oder arbeitet. Den deutlichsten

Zusammenhang erkennt er zu seinem körperlichen und vor allem auch geistigen „Steifsein“ (Z. 558), bedingt durch sein „Minderwertigkeitsgefühl“ (Z. 315). Eine Metapher für seine Schmerzen besteht in seinem „Steifsein“ (Z. 739). Die Rückenschmerzen betrachtet er als Reaktion auf sein verkrampftes Verhalten im Kontakt zu Menschen.

An ihn als Kind wurden „ziemlich UMFASSENDE Erwartungen“ (Z. 608) gestellt, „n’guter Schüler (...), ein artiger Junge (Z. 567) zu sein und es gab „diese einengenden moralischen Vorstellungen“ (Z. 592-593). Sanktioniert wurden Übertretungen mit Strafen, die gab es „ziemlich viel und in so=ner WERTUNG“ (Z. 577). Gegenüber der „Doppelmoral“ (Z. 641) des Vaters distanziert er sich lachend.

Als Kind und auch später war er „bar jeder Lebenserfahrung“ (Z. 459) und deshalb auch „nie ein fröhlicher Mensch“ (Z. 463). Seine Eltern waren für ihn „keine unbeschwerten Menschen“ und er wurde mit den vier anderen Geschwistern „ziemlich kurz gehalten“ (Z. 627-628; 629).

Er sieht einen Zusammenhang zwischen seinem Elternhaus und seinem „Steifsein“ (Z. 558). Das betrachtet er nicht nur als einen „körperlichen ZUSTAND“ (Z. 560-561) sondern auch im Kopf ist er „sehr, sehr engstirnig, (...) verkrampft, phantasielos gewesen (Z. 561-563).

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Beim ersten Auftreten mit 19 Jahren hat er noch die Illusion, daß mit seinem Auszug aus dem Elternhaus das „Leben schön und bunt [wird]“ (Z. 385-386). Damals waren die Schmerzen „vergleichsweise harmlos“ (Z. 98) und er hat damals „Krankheit auch ganz anders wahrgenommen“ (Z. 53).

Zur Zeit steht für ihn bei dem Gedanken an den elterlichen Einfluß auf seine Entwicklung sehr viel „Negatives“ (Z. 518) im Vordergrund. Er empfindet ein „Schuldbewußtsein als Mensch“ (Z. 519-520), daß „DERMASSEN TIEF“ (Z. 522) sitzt und häufig mit dem Satz assoziiert wird: „Das darf man nicht“ (Z. 650).

Empört berichtet er über die Kontaktverbote zu Mädchen noch im Alter von 14 Jahren. Die Verbote von allem, „was damals ANGESAGT war als Jugendlicher“ (Z. 614) haben „MEHR Raum eingenommen bei mir selber, als ich erwartet habe.“ (Z. 619-620). Damals schon empfindet er sich im Kontakt mit den Freunden „verstockt und steif, weil es auch ‘ne fremde Welt für mich war“ (Z. 626-627).

Das Thema „KONTAKT ZU LEUTEN“ (Z. 806) nimmt eine zentrale Bedeutung ein im Interview. Damit hatte er „irgendwie immer Schwierigkeiten“ (Z. 805). Weil er seine Kontakte immer als „Unfall“ (Z. 836) empfindet, an dessen Ende für ihn „n’großes Fragezeichen“ (Z. 829) steht, hält er sich da auf Distanz. Die Ursache für die fehlende Entwicklung sieht er in einem eigenen Versagen.

Auch ist es ihm erst in letzter Zeit möglich sich entgegen seinem Pessimismus auf „neue Sachen einzulassen“ (Z. 527). Ein „Ohnmachtsgefühl in Situationen ‘was (...) bewegen zu können“ (Z. 539-540) hat er oft erfahren, vor allem im Holzkollektiv und in den Konflikten dort. Wenn diese unauflösbar erschienen, weil „man nicht mehr weiß, wer wann was warum gesagt hat“ (Z. 546), gerät er in „Panik“ (Z. 548).

Der Vorwurf einer Frau er sei „zu NETT“ (Z. 865), ist ihm eher unverständlich. Lediglich „in gewissen Beziehungen“ (Z. 866) von denen er sich etwas wünscht, kann er seine eigenen „Ansprüche völlig zurück nehmen“ (Z. 869-870). Bei Zurückweisungen spürt er seinen Ärger manchmal gar nicht. Auch findet er dann Ärger „nicht logisch“ (Z. 1002). Weil er sich „sowieso etwas minderwertig“ (Z. 997-998) fühlt, „paßt das ja auch“ (Z. 998), dann ist er „eher traurig oder depressiv, aber nicht sauer“ (Z. 1001).

Allerdings empfindet er durch seine Teilnahme am Yogakurs seit ca. 1 Jahr „mehr Gelassenheit irgendwie und auch mehr Selbstsicherheit“ (Z. 820-821), seitdem er

„Turnübungen [macht] mit fremden Menschen tatsächlich“ (Z. 822-823). Dadurch fällt ihm die Kommunikation leichter.

Nur im Augenblick erfährt er beim Yoga psychische Veränderungen, mit denen er gerade an seine Grenzen stößt. Er erlebt „die verzwickten Bewegungen“ (Z. 1087) als Überwindung einer Angst, die als „Platzhalter“ (Z.1094) für die „Angst vor'm Leben (Z. 1099) steht.

Als Folge der Angst zieht er sich aus der Yogagruppe zurück und erlebt dies als weiteres Versagen und als eine Verstärkung seines Minderwertigkeitsgefühls. Das unterstützende Angebot der Yogalehrerin, im Kurs über seine Schwierigkeiten zu sprechen, nimmt er als zusätzliche Kritik wahr. Da hat er die Angst, er würde „Leute belästigen (Z. 1132-1133) und Angst vor den Worten: „Du bist noch nicht d'ran!“ (Z. 1141)

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Herr Emrich läßt eine depressive Persönlichkeitsstruktur erkennen mit den typischen depressiven, sich selbst verstärkenden Reaktionsmustern. Dabei führen soziale Ängste und ein negatives Selbstbild zur Verleugnung eigener Bedürfnisse, zu Autoaggressivität und sozialem Rückzug, was verstärkend auf eine Selbstwert-Problematik wirkt. Die dargestellten ungelösten Konflikte werden subjektiv als Versagen wahrgenommen und entsprechen seinem negativem Selbstbild.

Im Kontakt zu Menschen zeigt sich eine Ambivalenz zwischen einer Gefügigkeit und Anpassung an die vermeintlichen Vorstellungen und Erwartungen anderer Menschen und einer spürbaren Fluchttendenz mit latenten Aggressionen. Im Interview zeigt sich dies, indem er im Zimmer auf und ab rennt.

Ebenso vermittelt er den Eindruck, als müsse er sich verteidigen gegen an ihn gerichtete Vorwürfe. Dies deckt sich mit seiner Formulierung: „Ich fühl mich GRUNDSÄTZLICH den Anforderungen anderer ausgesetzt!“ (Z. 405-406) Als schlimmste Anforderung empfindet er „gut d'rauf zu sein,(...). Das is'häufig so für mich, daß die andern so gut d'rauf sind, daß ich einfach schlecht d'rauf bin“ (Z. 420-422). Dies entspricht seinem Selbstbild: „Ich war nie 'n fröhlicher Mensch, ich hab'erst in den letzten 1 ½ Jahren äh, längere Phasen gehabt, (...) wo ich morgens aufgestanden bin und den Tag positiv angegangen bin“ (Z. 463-466).

Herr Emrich entwickelt im Laufe des Gesprächs ein differenziertes Selbstbild und eine gute Selbstwahrnehmung, in der er die Schmerzentstehung überwiegend als Folge seiner Wut deutlich nachvollziehen kann. Beispielsweise gibt es während des Yogakurses Situationen, in denen er bemerkt, daß er sich „einfach tierisch ärger[t]“ (Z. 917) obwohl er sich „eigentlich gar nicht ärgern MÜSSTE“ (Z.918). Da hat er sich „halt verkrampft, und da kam's halt zum Hexenschuß“ (Z. 919-920). Hauptsächlich empfindet er „diese unterdrückte Wut“ (Z. 926) gegenüber sich selbst und seiner „OHNMACHT“ (Z. 929). Bei ihm ist ein deutlicher Leidensdruck spürbar. Die Möglichkeit der Inanspruchnahme sozialer Unterstützung widerspricht seinem negativem Selbstbild. Da sieht er für sich weiteren Handlungsbedarf.

3.2.1.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Herrn Emrich

Bei Herrn Emrich sind typische Auslöser als Entlastung von aversiven Situationen in sozialen Konflikten im Kontext von Wut und Angst zu erkennen und insofern als sekundärer Krankheitsgewinn zu verstehen. Eine Symptomentwicklung läßt sich im Kontext einer krisenhaften Zuspitzung sozialer Konflikte im beruflichen Lebens- und Arbeitsfeld erkennen, die mit einem Verlust dieser beiden Bereiche einhergeht. Mit dem Kontext des zweiten Auftretens assoziiert er Zukunftsängste, das Leben aktuell oder prospektiv in den Griff zu

bekommen. Die 1995 eintretende Zuspitzung sind mit Gefühlen der Isolation und mit beruflichen Belastungen in Form einer verstärkten Auftragslage assoziiert, sowie einem Gefühl des Versagens vor dem Hintergrund der nicht bewältigten Konfliktlage in seinem ehemaligen Arbeitskollektiv.

Er läßt sich eine Entwicklung von einer 1-dimensionalen mechanistischen in Richtung einer mehrdimensionalen psychosomatischen Entstehungstheorie erkennen, die mit der Erkenntnis des eigenen problematischen Verhalten im sozialen Kontext entsteht. Im Schmerzerleben stellt er einen Bezug her zu seinem „Steifsein“, seiner Verletzlichkeit und der fehlenden Möglichkeit der Flucht. In der Schmerzbewältigung läßt sich eine Tendenz von einer passiven zu einer aktiven Bewältigung erkennen, die eine sofortige medikamentöse Schmerzunterdrückung und gymnastische Übungen umfaßt. Im Einklang mit der Attribuierung der Schmerzen auf internale Ursachen ist die Aufnahme einer Psychotherapie als aktive Form der Auseinandersetzung mit den Schmerzen bzw. der eigenen Lebenssituation zu sehen.

In der Kindheit und Jugend lassen sich Krankheitsvorbedingungen identifizieren, die als Entwicklungsdefizite einzustufen sind. Es ist die Unterwerfung unter die umfassenden Gebote und Kontaktverbote mit Mädchen, die zu einem Fremdheitsgefühl führt und zu einer daraus resultierenden nachhaltigen Angst im Umgangs mit Gleichaltrigen und dem andern Geschlecht. Im Selbstbild stellt er sein „Steifsein“ nicht nur als körperlichen, sondern auch als geistigen Zustand dar. Dies stellt eine Selbstwert-Thematik dar, die mit einer depressiven Symptomatik seit seinem 13. Lebensjahr einhergeht.

Aus diesen sozialen Defiziten resultiert eine Lebensthematik, die als zentrales Motiv den „Kontakt zu Leuten“ umfaßt. Im Umgang mit anderen Menschen läßt sich eine Ambivalenz zwischen Kontaktaufnahme und Kontaktvermeidung erkennen. Im Kontakt mit dem anderen Geschlecht und mit Menschen allgemein läßt sich eine Tendenz der Verleugnung der eigenen Gefühle erkennen, sowie eine Tendenz Versagen schnell der eigenen Person zuzuschreiben und die daraus resultierende Wut gegen sich selbst zu richten. Dies läßt sich im Sinne eines depressiven Modus interpretieren, der zu einer Verstärkung von selbstwertbedingten Defiziten führt. Das Motto: „Du bist noch nicht d´ran“ ist vor diesem Hintergrund zu sehen. Eine Entwicklung zeigt sich über die Teilnahme am Yogakurs, die ihm im Umgang mit anderen Menschen trotz seiner Ängste mehr Gelassenheit, Selbstsicherheit und Zuversicht gewinnen läßt.

3.2.2 Einzelfalldarstellung Frau Förster

Angaben zur Person:

Alter: 52 Jahre

Familienstand: verheiratet, getrennt lebend

Berufliche Tätigkeit (Dipl.-Soziologin) Ausbildung zur Yoga-Lehrerin, Museumspädagogin

Diagnose: Lendenwirbelsyndrom (Skoliose)

Erstauftreten mit 32 Jahren mit zunehmender Verschlechterung

Auftreten in unterschiedlicher Häufigkeit, latent immer vorhanden

3.2.2.1 Kontextprotokoll

Frau Förster meldete sich bei mir, nachdem sie über eine gemeinsame Bekannte von meiner Diplomarbeit erfuhr. Das Gespräch fand in ihrer Wohnung statt.

Während des Interviews fiel mir immer wieder ein belehrender Ton auf, so daß ich den Eindruck gewann, daß sie sich nicht nur als Expertin ihrer Erkrankung sondern darüber hinaus auch fachlich kompetent fühlte. Deutlich wurde das auch in einer Rollenkonfusion im Interview, in dem sie mir Anleitung über die noch zu berücksichtigenden Aspekte der Befragung gab.

Schon vor Beginn des Interviews stellt sie mir weitschweifig ihre persönliche, sozial verstrickte Lebenssituation zur Zeit ihrer Abendschule dar, was mir eher den Eindruck vermittelte, daß sie damit die Kontrolle über eine anfängliche Unsicherheit im Gespräch behielt.

3.2.2.2 Nacherzählung von Frau Förster

Motto: Die Geschichtenerzählerin

Die ersten Symptome im Lendenwirbelbereich treten 1980 im Alter von 32 Jahren während der Abendschulzeit auf und gehen mit der Schilderung einer dramatischen Situationen einher, in der sie auf der Straße die Aufmerksamkeit der Leute erweckt hat. Die Schmerzen treten zunächst in harmloser Form auf morgens beim Aufstehen. Es handelt sich dabei um einen umfassenden Schmerz mit zunehmender Verschlechterung bis hin zum „Nicht-Mehr-Gehen-Können“ (Z. 26).

Auch an die später auftretenden Schmerzen verknüpft sie dramatische Schilderungen der Schmerzqualität. Damals ist sie überzeugt Krebs zu haben. Eine Besserung der Schmerzen, aktuell nur noch „*zwischendurch so Ziehen*“ (Z. 4), bewirkt sie durch eine Stärkung der Rückenmuskulatur und Yoga.

Im Elternhaus liefen die Kinder „*da irgendwie so am Rande*“ (Z. 463), weil beide Eltern berufstätig sind. Nach der Geburt eines dritten Kindes wird sie gemeinsam mit dem älteren Bruder zeitweilig tagsüber von der strengen Oma betreut, zu der sie nur schwer ein herzliches Verhältnis aufbauen kann. Sie erzählt dem Bruder gerne „*irgendwelche Geschichten*“, auch „*gruselige*“ (Z. 498-499) detailgetreue Lügen beispielsweise „*von=nem ganz fürchterlichen Unfall*“ (Z. 500) über die er sich jedesmal ärgert.

Bereits mit ca. 4 Jahren beklagt sie sich bei der Mutter lügenderweise über die strenge Oma, die sie während der Betreuung habe putzen lassen. Trotz Bestrafungen bleibt sie dabei. Diese Geschichten stiften jedesmal innerhalb der Familie Verwirrung. Auch beklagt sich die Oma häufiger über die Enkelin, weil sie „*manchmal geGRINST*“ (Z. 534) hat über sie.

In der Schule ist sie meist besser als die Kinder der Verwandtschaft. Damit „*trumpfte*“ (Z. 442) die Mutter dann gerne auf, was ihr selbst peinlich ist wegen des Wissens um die „*Anstrengung*“ (Z. 446), die es sie kostet. Während der Schulzeit kommt sie als Kind ins „*Hintertreffen*“ (Z. 454) im Hinblick auf die eigene Körperkraft und die fehlende „*Unbeschwertheit*“ (Z. 457) im Verhalten. Sie ist „*ziemlich dünn und zierlich*“ (Z. 627) und hat „*so=ne hängende Haltung*“ (Z. 628).

Das soziale Umfeld der Kindheit und Jugend ist geprägt von einer „*ziemlich konventionell[n] Sicht des Lebens*“ (Z. 220-221), die zu einer Eheschließung führt, um überhaupt eine Wohnung zu bekommen. Diese und auch die aktuell bestehende Ehe werden im Gespräch nicht weiter thematisiert.

Ihre berufliche Entwicklung beginnt mit der Aufnahme einer Ausbildung als Sekretärin, mit der sie sich gegenüber Gleichaltrigen ohne qualifizierten Beruf in einer privilegierten Position empfindet. An den hochgesteckten beruflichen Karrierevorstellungen „*mit Auslandsaufenthalt*“ (Z. 203) scheitert sie wegen ihrer Ängste.

Mit dem Besuch der Abendschule im Alter von ca. 28 Jahren begibt sie sich auf den Weg „in ferne, fremde Welten“ (Z.667) jenseits der Klassenzugehörigkeit als Arbeiter, durch die sie in ihrer Familie geprägt ist. Die Zeit des Zweiten Bildungsweges ist geprägt von „Orientierungslosigkeit“ (Z.169) im Hinblick auf die Richtung des weiteren Berufsweges und von Anstrengungen mit den anderen Leuten, „weil sie ihre Ziele hatten, und wenn's nur die besten Noten war'n“ (Z. 159-160). Auch während des Soziologie-Studiums hat sie sich „ziemlich gequält, also auch mit der Abschlußarbeit“ (Z. 744-745).

Am schlimmsten war es mit dem Ischias kurz nach der Aufnahme der Referentenstelle im Pädagogischen Zentrum, bei der sie auch wieder „mit Schreiben“ (Z. 754) zu tun hatte. Bei der sich anschließenden Arbeit mit psychisch Kranken, die mehr mit Menschen und weniger mit Schreibtischarbeit zu tun hat, gewinnt sie durch positive Erfahrung auch in leitender Position „mehr SELBSTbewußtsein“ (Z. 773).

Beruflich wie privat gab es für sie „nie so=was wie ZuFRIEDENHEIT (...) über längere Sicht (Z. 592-593), was sie immer wieder als Motivationsschub zur Veränderung nutzt.

Zur Verbesserung ihrer Rückenmuskulatur und ihrer Schmerzen hat sie mit Yoga begonnen, und später mit einer Ausbildung zur Yoga-Lehrerin, die ihr auch eine berufliche Perspektive eröffnen soll.

3.2.2.3 Paraphrasierung von Frau Förster

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Erstmalig treten die Symptome während ihrer Abendschulzeit 1980 in harmloser Form auf. Im Rahmen ihrer Doppelbelastung kommt es zu einer sukzessiven Verschlechterung. In der Darstellung des Krankheitsverlaufes bleibt sie vage und stellt eine zunehmende Verschlechterung dar. Dabei konzentriert sie sich auf die Symptombildung. Der Schmerz tritt auf morgens beim Aufstehen „zieht sich so in die Beine, es war eher so'n umfassender Schmerz, es war nicht so LOKALISIERT“ (Z- 90-92. Da schmerzt sie der „ganze Hintern (...) und die ganze Rückseite der Beine“ (Z. 93), bis es sich dann mehr „lokalisierte“ und „an=ner ganz bestimmten Stelle verschwand, ne?“ (Z. 98-99).

Eine Zuspitzung zeigt sich während ihrer Abendschulzeit und während ihrer befristeten Referentenstelle. Am deutlichsten ist der Befürchtungscharakter, der mit den Schmerzen auftritt, entweder in Form todbringender Erkrankungen oder schwerwiegender Schäden.

Schmerzverarbeitung und- bewältigung

Exemplarisch stellt sie auch den Charakter des vorausgegangenen Schmerzes im Halswirbelbereich dar „als würde da jemand mit 'm Messer durchstechen, das war 'n ziemlich gräßlicher Schmerz“ (Z. 40-42). Ihre Befürchtung ohne die mittlerweile erworbenen anatomischen Kenntnisse war „Krebs“ (Z. 43) zu haben. Sie hat damals schon über das Wissen verfügt, „Skoliose“ (Z. 52) zu haben. Darüber hinaus hat sie weder weitere Erklärungen gesucht noch dies mit ihrem „anstrengenden Leben“ (Z. 55-56) verbunden. Als Grund für die Zuspitzung vermutet sie damals einen „Bandscheibenvorfall“ oder etwas anderes „Schwerwiegenderes“ (Z. 116, 118). Im Umgang mit diesen Schmerzen begibt sie sich vergeblich auf die Suche nach dem Arzt, der ihr diese Diagnose bestätigt.

Sie erinnert sich an eine Situation auf der Straße, in der sich die Symptome innerhalb von 2 Minuten verschlechtern „bis zum Nicht-Mehr-Laufen-Können“ (Z. 25-26), da ist sie „'rumgeschwankt“ (Z. 30), sodaß sie die Aufmerksamkeit der Leute gewinnt und den Eindruck hat, „die Leute guckten mich ganz blöd an, weil die dachten, ich wär'besoffen“ (Z. 31-32).

Über den Krankheitsverlauf erzählt sie exemplarisch von einem „*SCHLÜSSELEREIGNIS*“ (Z. 80) im Waschsalon, in dem sie mit ihren Schmerzen die Aufmerksamkeit einer älteren Frau erregt, die ihr den Rat gibt, sie solle „*was dagegen unternehmen*“ (Z. 77). Ein Schlüsselereignis war es, weil sie sonst kaum über sich geredet hat. Dies steht in einem deutlichen Widerspruch zu meinem Eindruck ihrer sprachlichen Darstellungsfähigkeiten und ihres Kontrollbedürfnisses.

Wegen der Warnung der Ärzte und der Frau im Waschsalon vor einer Bagatellisierung sieht sie zunehmenden Handlungsbedarf. Den Schmerz empfindet sie für sich als einen „*Freiraum*“ (Z. 269) nicht an den Schreibtisch zu müssen. Als Ursache für eine Verschlimmerung der „*grundsätzlich leicht depressive[n] Stimmung*“ (Z. 238) betrachtet sie die Tatsache, daß sie sich „*nich't verständigen konnte darüber*“ (Z. 239-240) und zwar „*letztendlich auch aus Nachlässigkeit*“ (Z.244). Da ist sie oft mit den Schmerzen „*'rumgerannt*“ und hat „*gewartet, daß das vorbei geht*“ (Z. 246). Auf Anordnung des Arztes macht sie isometrische Übungen (Z.129) zur Stärkung ihrer Rückenmuskulatur. Durch ihre Yogaerfahrung hat sie die „*Zuversicht*“ (Z. 790) entwickelt, daß sie die Situation beeinflussen kann.

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Sie ist die mittlere von 3 Geschwistern. Durch die Berufstätigkeit beider Eltern wird den Kindern nicht viel Aufmerksamkeit gewidmet. Die ungeliebte Großmutter übernimmt tagsüber die Aufsicht über sie und ihren älteren Bruder.

Schon relativ früh entwickelt sie die Fähigkeit mit dramatischen Geschichten und Lügen über die Oma die Familie zu verwirren und negative Aufmerksamkeit zu gewinnen. Beispielsweise erzählt sie der Mutter, sie habe als Vierjährige bei der Oma putzen müssen. Später empfindet sie dabei auch ein „*Überlegenheitsgefühl*“ (Z. 539). Rückblickend war dies für sie die einzige Möglichkeit mit Zumutungen und emotionalen Defiziten umzugehen. Auch gegenüber dem älteren Bruder weiß sie dieses Instrument einzusetzen.

Im Nachhinein empfindet sie den „*Ablenkungscharakter*“ (Z. 711) der Schmerzen „*von diesen ganzen unerfreulichen Dingen*“ (Z. 712).

Rückwirkend betrachtet sie ihre Schmerzen als „*Signal*“ (Z. 715) sich stärker „*dem eigenen Leben*“ (Z. 716) zu widmen und sich weniger außengeleitet mit dem Problem zu beschäftigen, „*wie stell ich mich dar, ne?*“ (Z. 719)

Weil sie sich aus den dargestellten Gründen und wegen daraus resultierenden Einsamkeitsgefühlen „*grundsätzlich (...) psychisch nie wohl gefühlt*“ (Z.136,137) hat, kann sie schlecht „*mögliche Anlässe*“ (Z. 139) nennen. Der Zusammenhang zu ihrer Situation „*war schon klar*“ (Z. 140). Allerdings hat sie das nicht „*so richtig reflektiert*“ (Z. 141), weil ihr die „*SEELISCHEN Dinge wichtiger war'n*“ (Z.142). Da hat sie keine „*direkte Verbindung hergestellt*“ (Z. 144).

Im Gegensatz zu der sonstigen Darstellung der fehlenden Zuwendung der Eltern gewinnt sie Aufmerksamkeit wegen ihrer hängenden Haltung als zierliches dünnes Kind. Bereits in der Kindheit war ihr „*Rücken (...) immer Thema*“ (Z. 640-641). Da sollte sie einen „*Gradhalter verpaßt kriegen*“ (Z. 634), was sich mehr nach einer Folter als nach orthopädischer Behandlung anhört. Mit einer Freundin identifiziert sie sich besonders, die bekam sogar „*Streckbänder*“ (Z. 631) wegen ihrer Hühnerbrust, davor hatte sie auch immer Angst. Allerdings unterstützen sie die Eltern dann darin in einen Sportverein zu gehen.

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Mit der Mutter hat sie „*ziemlich viel Schwierigkeiten*“ (Z. 339). Diese beherrscht mit ihren Aggressionsschüben gegen ihren Gatten das familiäre Geschehen, was für sie als Kind oft auf der Straße beim Spielen peinlich deutlich hörbar ist.

Ihre sozialen Ängste nehmen einen großen Raum ein. Schon früh erlebt sie sich körperlich und im Verhalten „*bei Konstellationen so mit Freundinnen (...) minderbemittelt*“ (Z. 454-455). Den Ursprung dafür sieht sie in ihrem Elternhaus, das als Vorbild nicht „*praktikabel*“ (Z. 336) war. Auch der Umgang mit kindlichen Meinungsäußerungen ist ziemlich rigide. Der spätere soziale „*Hintergrund*“ (Z. 694) ist eher distanziert. Eine „*innigliche Freundschaft*“ (Z. 695) hat sie nicht herstellen können, da hat sie nicht gewußt, wie sie das „*bewerkstelligen*“ (Z. 699) kann. Sie hat deshalb häufig den Kontakt zu Menschen gewählt, bei denen „*auch irgend=was nicht 'in Ordnung is'*“ (Z. 833-834).

Auch ihre Beziehungen zu Männern waren davon negativ beeinflusst. Da wendet sie sich solchen Männern zu, die das, wonach sie sich sehnt, „*ÜBERHAUPT nicht anboten*“ (Z. 820). Lange ist es ihr schwer gefallen anderen Menschen oder sich selbst „*KONSTRUKTIVES und auch WERTSCHÄTZENDES*“ (Z. 568-569) entgegen zu bringen.

Sie deutet abstrakt auf vergangene Konflikte mit Menschen hin, von denen sie aus heutiger Sicht weiß, daß nicht nur sie selbst sondern auch andere „*mit Fehlern behaftet sind*“ (Z. 555), da ist ihr das Wichtigste, daß sie da „*Menschen nichts nach[sieht]*“ (Z. 554).

Durch die mittlerweile erworbenen, leidvollen und unangenehmen Erfahrungen und auch durch das Wissen bekommt sie einen klareren Blick auch in „*zwischenmenschlichen Bereichen*“ (Z. 606). Mit Yoga verbindet sie einen „*SELBSTERFAHRUNGSPROZESS*“ (Z. 610), der ihr „*zumindest 'ne CHANCE*“ (Z. 613) gibt, daß sich da etwas verändert.

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

In ihrer Persönlichkeitsstruktur zeigt sich ein konversionsneurotischer Modus. Ihre Schmerzdarstellung wird bestimmt von der Dramatik und Außenwirkung, die sie mit ihrem Schmerzverhalten zu erzielen scheint und die auf eine latente Aggressivität deutet: Es war „*als würde da jemand mit dem Messer durchstechen, das war also 'n ziemlich gräßlicher Schmerz, ich hab' auch manchmal gedacht ich hätte irgendwie Krebs*“ (Z. 40-42). Auch die erzielte Wirkung deutet in diese Richtung, „*die Leute guckten mich ganz blöd an*“ (Z. 31).

Das implizite Motiv dieses Verhaltens liegt in einem Kontaktbedürfnis und dem damit erzielten Aufmerksamkeitsgewinn. Die Ursprünge gehen in die aus der Kindheit berichteten Verhaltensauffälligkeiten zurück, die als Kompensation emotionaler Defizite zu verstehen sind.

Als Jugendliche und auch später leidet sie unter Schuldgefühlen sexuellen Ursprungs und „*nicht VERSTANDENE[N] Schuldgefühle[n]*“ (Z.297-298) und Ängsten von anderen „*MERKwürdig*“ (Z. 309) beurteilt zu werden oder in peinlichen Situationen unangenehm aufzufallen.

Schon während der Schulzeit als Kind entwickelt sie eine Ambivalenz gegenüber den „*ferne[n], fremde[n] Welten*“ (Z. 667) höherer Bildungsschichten, von denen sie sich einerseits angezogen fühlt, andererseits aber befürchtet diese „*andere Form des Lebens*“ (Z. 673) nicht erreichen zu können. Sie vermutet hier das Motiv für die „*Ablösung aus dieser Sphäre des einfachen LEBENS*“ (661) mit dem Beginn der Abendschule, auch wenn sie immer die Befürchtung hatte, „*ich erreich' das wahrscheinlich NIIE, das is' zu weit weg*“ (Z. 671-672).

Rückwirkend sieht sie als positiven Aspekt des distanzierten Umgangs im Elternhaus eine „*gewisse Unabhängigkeit*“ (Z. 575). Für sie gab es kein „*fertiges Schema*“ (Z. 582) wie ihr

Leben hätte aussehen können, da war sie „*also ständig auf der Suche*“ (Z. 583). Als zentrale Motivationskraft sich „*neu zu orientieren*“ (Z. 594-595), erlebt sie ihre Unzufriedenheit im Beruf und in Beziehungen.

In ihrer Selbstdarstellung fällt die Betonung von Kompetenz und Wissenserwerb auf. Mit ihrer ersten Berufsausbildung als Sekretärin verbindet sie zunächst Überlegenheitsgefühle gegenüber ihren Mitschülerinnen in weniger qualifizierten Berufen. Allerdings scheitern ihre ursprünglichen Karrierewünsche „*mit Auslandsaufenthalt*“ (Z. 203), weil sie da „*zu ängstlich*“ (Z. 209) war.

Auch in ihrer Selbstdarstellung im Kontext Schule und Studium greift sie mehr oder weniger subtil auf die Mittel der Dramatik zurück. In der Konkurrenzsituation der Abendschule kommt sie mit der Spiegelung von Fleiß aufgrund der vorhandenen Ziele, „*und wenn's auch nur die besten Noten war'n*“ (Z. 159-160) „*gar nicht zurecht*“ (Z. 158-160). Da gelingt es ihr nicht, ihre Schwierigkeiten zu verleugnen, die sie auf den mangelnden Fleiß, „*Überforderung*“ (Z. 168) und „*Orientierungslosigkeit*“ (Z. 169) zurückführt.

Obwohl sie sich „*da viel mehr so durchgequält*“ (Z. 163) hat, kommt ihr dann in der Auseinandersetzung mit beruflichen Zielen „*später die Idee, auch Psychologie zu studieren*“ (Z. 170-171), damit hat sich „*vorher schon intensiv beschäftigt*“, „*Freud gelesen*“, und mit „*MIR SELBST*“ (Z. 175, 177).

Auch während des Studiums erlebt sie „*immer so'n Fremdheitsgefühl*“ (Z. 737) und beim Verfassen schriftlicher Arbeiten die Befürchtung, „*EIGENTLICH KANN ich das gar nicht*“ (Z. 743-744). Rückwirkend betrachtet hätten ihr „*andere Sachen besser gelegen*“ (Z. 739). Bei ihrer späteren Arbeit mit psychisch Kranken empfindet sie in ihrem Leben zum ersten Mal für sich die Möglichkeit zum „*Kontakt mit Menschen*“ und der Beschäftigung „*mit Themen (...), die MENSCHLICH sind*“ (Z. 760-761). Als weiteres Instrument der Veränderung betrachtet sie das „*Lesen von philosophischen Büchern*“ (Z. 615) und „*PSYCHOLOGische Literatur*“ (Z. 618), da hat sie sich oft „*mehr durch Bücher trösten können als DIREKT durch Kontakte*“ (Z. 620). Mittlerweile hat sie das Wissen erworben, was „*die Qualität*“ und den „*Inhalt einer Beziehung*“ (Z. 865,866) ausmacht, was ihr im Blick auf die Zukunft weniger Angst macht.

3.2.2.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Frau Förster

Bei Frau Förster läßt sich mit der bildhaften dramatisierenden Darstellung der Schmerzintensität und mit der Konzentration auf die Symptome ein Krankheitsgewinn feststellen, der in der „Signalwirkung“ im sozialen Kontext liegt.

Vor dem Hintergrund ihrer Wortwahl im Hinblick auf ihre Schmerzintensität („als würde da jemand mit dem Messer durchstechen, das war so ziemlich gräßlicher Schmerz“ (Z. 40-42)) läßt dies auf eine aggressive Thematik schließen. In der Wirkung ihrer szenischen „Schmerzdarstellung“ auf der Straße läßt sich eine gewisse aggressive Belustigung über eine Irritation der Leute erkennen.

Dies deckt sich mit meinem Eindruck während des Interviews, daß sie mir Geschichten erzählt, deren Wahrheitsgehalt ich zwar nicht in Frage stelle, wohl aber deren Dramatik. Dies trifft auch auf die Schmerzen zu.

Neben der Außenwirkung im sozialen Kontext reflektiert sie selbst einen persönlichen Krankheitsgewinn in der Entlastung von aversiven Schreibtisch Tätigkeiten. Im Umgang mit den Schmerzen ist die Signalwirkung nach außen von Bedeutung, die sich in einem Aufmerksamkeitsgewinn zeigt. Darüberhinaus betrachtet sie die Signalwirkung der

Schmerzen nach „innen“, was für sie persönlich bedeutet sich mehr dem eigenen Leben als der „Darstellung nach außen“ zu widmen.

Die Krankheitsbewältigung verläuft von einer anfänglichen Bagatellisierung über die Befürchtung einer lebensbedrohlichen Erkrankung in Richtung zunehmender Zuversicht. In der Arzt-Patienten-Beziehung zeichnet sich bei Fr. Förster ein aktiv-kontrollierender Umgang ab. Auch hier zeigt sich eine Tendenz zur Dramatisierung, in welcher der Arzt als Erfüllungsgehilfe für die Selbstdiagnose Bandscheibenvorfall oder etwas Schwerwiegenderes fungiert. Aufgrund ärztlichen Rates wird der Umgang mit den Schmerzen handlungsbezogener durch die Anwendung krankengymnastischer Übungen und die Inanspruchnahme von Entspannungsverfahren.

Im Elternhaus läßt sich ein restriktiver Erziehungsstil erkennen, der mit einer affektiven Mangelkonstellation einhergeht. Beide Eltern sind berufstätig, sodaß die nicht geliebte Großmutter zeitweilig die Beaufsichtigung übernimmt.

Durch das Erzählen von Lügengeschichten bereits im Vorschulalter kann sie negative Aufmerksamkeit als Kompensation emotionaler Defizite erlangen. Damit verfügt sie früh über die Möglichkeit für Irritationen zu sorgen und auf diese Weise aggressive Bedürfnisse zu kanalisieren.

Sie erfährt eine soziale Stigmatisierung durch die auf der Straße deutlich hörbaren Aggressionsschübe der Mutter gegenüber ihrem Vater. Eine frühe Wahrnehmung von körperlichen und verhaltensbedingten Defiziten im sozialen Kontext wirkt als Selbstwert-Thematik auch in ihrem späteren Leben. In der Reflexion ihrer eigenen sozialen Beziehungen zeigt sich die Internalisierung der mütterlichen Abwertungstendenzen.

Vor dem Hintergrund eines herkunftsbedingten Unterlegenheitsgefühls und sozialer Ängste orientiert sie sich in ihren sozialen Kontakten an Menschen, bei denen *„auch irgendetwas nicht in Ordnung ist“* (Z. 833-834). Es läßt sich eine Konzentration auf das Thema „Defizite“, „Bewertungsaspekte“ und „Konkurrenz“ beobachten.

Im Umgang mit einem Unterlegenheitsgefühl in der Abendschule zeigt sie eine Ambivalenz, die als Schwanken zwischen der „Rolle“ der Hilflosigkeit auf der einen Seite und einer „Darstellung“ intellektueller Überlegenheit auf der anderen Seite anzusehen ist.

Zentral ist das Motiv der Ablösung aus der „Sphäre des einfachen Lebens“, das mit der Überwindung alter Unterlegenheitsgefühle verknüpft zu sein scheint und mit dem Wunsch nach Überlegenheit und Kontrolle. Dies spiegelt sich auch in ihrer Selbstdarstellung wider, die auf eine Betonung von Kompetenz und Wissenserwerb abzielt.

Die Einschätzung ihres Krankheitsverlaufes erweist sich als außerordentlich schwierig, da sie trotz vermehrter Nachfragen keine konkreten Angaben macht. Hier kommt es erneut zu Irritationen. Für mich ergibt sich daraus der Eindruck, daß auch im Rahmen des Interviews die Schmerzen als Instrument des Kontaktgewinns eingesetzt werden.

Mit dem Erwerb von Kompetenz und Wissen verfügt sie über eine Ressource, die ihr Kontrolle und Überlegenheit im sozialen Kontext zu ermöglichen scheint. In ihrer Entwicklung läßt sich damit eine Verknüpfung von Beziehungs- und Selbstwert-Thematik nachzeichnen, die durch die Darstellung von Kompetenz gelöst wird.

3.2.3 Einzelfalldarstellung Herr Gärtner

Angaben zur Person

Alter: 35 Jahre

Familienstand: 2. Partnerschaft, 15-jährige Tochter aus 1. Ehe, 2-jähriger Sohn

Berufliche Tätigkeit: (Ausbildung als Heizungs- und Lüftungsbauer)

Seit 18 Jahren Bandarbeiter bei VW

Diagnose: Lendenwirbel-Syndrom (Gleitwirbel)

Erstes Auftreten 1991 und 1993, 1994.

Zuspitzung zwischen 1993-96 mit ständigen Schmerzen in wechselnder Intensität

Insgesamt Krankschreibung von ca. 1 Jahr

Ko-Mobidität: infantile Adipositas

3.2.3.1 Kontextprotokoll

Herr Gärtner, Jahrgang 1966, lebt mit seinen Eltern und seiner langjährigen Partnerin seit ca. 1994 gemeinsam in einem 2-Familienhaus auf getrennten Etagen. Auch die Tochter Tania aus erster Ehe, die bis dahin bei der Schwiegermutter gelebt hat, holt er zu diesem Zeitpunkt zu sich. Aus der neuen Partnerschaft geht 1999 der Sohn Malte hervor.

Der Vater hat durch einen Motorradunfall in der Jugend ein künstliches Hüftgelenk und trotzdem 34 Jahre lang bei VW am Band gearbeitet. Kurz nach Eintritt in den Vorruhestand erleidet er einen Schlaganfall.

Herr G. ist der mir bis dahin unbekannte Bruder einer Freundin, die das Gespräch vermittelte. Er erklärte sich ohne Umschweife dazu bereit ohne weitere Fragen zu stellen. Während einer 1-wöchigen Fortbildung in Berlin kommt der Termin zustande. Während des Gespräches hatte ich den Eindruck, daß es für Herrn G. ungewohnt war über vertrauliche Aspekte seines Lebens zu sprechen. Deutlich spürbar ist eine Scham über seine berufliche Entwicklung.

3.2.3.2 Nacherzählung von Herrn Gärtner

Motto: 'N Kerl wie 'n Schrank!'

Die ersten starken Rückenschmerzen treten erstmalig 1991 mit ca. 25 Jahren auf und 1993 während des Dachausbaus in seinem Haus beim Tragen schwerer Lasten. Aufgrund seiner Bewegungsunfähigkeit begibt er sich in ärztliche Behandlung und ist ca. ½ Jahr lang arbeitsunfähig. Er erfährt nach diesem Jahr zwar zwischenzeitlich eine Linderung, allerdings treten die Schmerzen in unterschiedlicher Häufigkeit immer mal wieder auf bei einer „falschen Bewegung“ (Z. 71), sodaß er zu dieser Zeit selten schmerzfrei ist.

Eine weitere Zuspitzung erfährt er 1994, durch die er zusätzlich durch Lähmungserscheinungen „WIEDER außer Kraft gesetzt“ (Z. 170-171) ist.

Zu diesem Zeitpunkt ziehen sowohl die langjährige Freundin als auch die bis dahin bei der Großmutter lebende Tochter Tania zu ihm. Ein weiterer Belastungsfaktor ist die Arbeit, die er seit ca. 20 Jahren bei VW am Band ausführt mit dem Status eines angelernten Arbeiters (Z.295-296) und ohne Möglichkeit, sich „weiter[zu]entwickeln“ (Z. 297). Damit ist er wider Willen in die Fußstapfen seines Vaters getreten, der nach 32 Jahren als Bandarbeiter bei VW gesundheitlich „FERTIG“ (Z. 368) ist, „halb taub“ (Z. 369) und kaum im Vorruhestand einen „Schlaganfall“ (Z. 370) bekommt.

Ohne konkrete Vorstellungen von einem zukünftigen Arbeitsplatz und ohne Nutzung der zur Verfügung stehenden Informationsmöglichkeiten, bewirbt er sich mit 15 Jahren um seinen Traumberuf als Elektriker, bekommt aber Absagen. Der Vater ist ihm keine große Unterstützung im Hinblick auf eine berufliche Orientierung und setzt ihn unter Druck, stattdessen eine Ausbildung als Heizungs- und Lüftungsmonteur zu beginnen.

Nach Ende der schlecht abgeschlossenen Ausbildung und seiner Entlassung dort, interveniert der Vater beim Firmenchef erfolgreich auf Wiedereinstellung. Als Herr Gärtner bei der Arbeit auf Montage an seine körperlichen Grenzen stößt, springt der Vater ein weiteres Mal ein, diesmal mit der Bitte um Entlassung. Dies war wichtig für die Umgehung des Vermittlungsstops beim Arbeitsamt und die Einstellung im VW-Werk.

Er ist der jüngste von 3 Kindern, neben einer 5 Jahre älteren Schwester und einem Bruder, der 10 Jahre älter ist und unerwartet mit 20 Jahren an einem Hirnschlag stirbt. Er selbst ist zu diesem Zeitpunkt gerade 10 Jahre alt. Der Bruder war Großhandelskaufmann, „*fleißig, hilfsbereit*, (Z. 804) und „*religiös, sozial engagiert*“ (Z. 805), während er selbst als Kind aufgrund seines Übergewichtes unter mangelndem Selbstbewußtsein leidet und in der Schule deswegen gehänselt wird. Er ist es gewohnt, sich mit Gewalt zur Wehr zu setzen, „*weil [er] die Kraft hatte*“ (Z. 520) wegen seiner körperlichen Statur. Wenn er mit schlechten Zensuren nach Hause kommt, reagiert der Vater mit Abwertungen.

Mit 19 Jahren wird seine Freundin entgegen einer gemeinsamen Absprache schwanger. Er läßt sich in eine Ehe drängen, die schnell scheitert, aus der aber die Tochter Tania hervorgeht. Bis zum 10. Lebensjahr Tanias ist er „*Schwierigkeiten aus 'm Weg gegangen*“ (Z. 242-243), indem er zwar das Sorgerecht erkämpft, sie dann aber bei der Schwiegermutter aufwachsen läßt.

Kurz nach der ersten Ehe lernt er seine jetzige Lebenspartnerin Kristina kennen. Aus dieser Verbindung geht der Sohn Malte hervor, der 1999 geboren wird. Mit der besseren beruflichen Perspektive seiner Partnerin auf einen gut bezahlten Job erwachsen ihm neue Möglichkeiten, eine Weiterbildung in Angriff zu nehmen, die er bislang aus Angst vor einem Versagen und auch wegen der Tatsache nicht nutzen konnte, daß er „*schon zu viel am Hacken*“ (Z. 318-319) hat wie beispielsweise das Haus und mittlerweile 2 Kinder.

3.2.3.3 Paraphrasierung von Herrn Gärtner

Krankheitsverlauf und schmerzbedingte Belastungen

Das zweite Auftreten ernstzunehmender Schmerzen ca. 1993 verbindet Herr Gärtner mit einer gebückten Haltung während des Dachausbaus im eigenen Haus. An die vorangegangenen Schmerzen 1991 und davor kann er sich nicht so erinnern. Die hat er „*unterdrückt*“, weil „*so jung kann man ja noch keine Rückenschmerzen haben*“ (Z. 908-909).

Das Thema Hausbau war „*erst 'mal gegessen*“ (Z. 80) und er fühlte sich „*völlig ausgeschaltet*“ (Z. 85-86) durch eine Bewegungsunfähigkeit.

Ca. 2 Jahre später fühlt er sich durch eine erneute Zuspitzung der Schmerzen „*WIEDER außer Kraft gesetzt*“ (Z. 170-171). Dieses mal gehen die Symptome mit Lähmungserscheinungen einher. Schmerzbedingt entsteht eine zusätzliche Belastung, weil ihm während seiner Krankschreibung „*'ne Menge Geld flöten [geht], Heizkosten ja*“ (Z. 179-180) durch den liegengebliebenen Dachausbau. Während seiner Krankschreibung nimmt die Krankenkasse Kontrollen vor, um zu sehen ob er „*tatsächlich krank*“ (Z. 89) ist und er befürchtet den Verlust seines Arbeitsplatzes. Den Spott des körperbehinderten Vaters während seiner Zwangspause empfindet er ebenfalls als Belastung. Ebenso geht es ihm mit

den Bemerkungen der älteren Leute in der Umgebung: *'Mit 25 KANN man keine RÜCKENSCHMERZEN haben!'* (Z. 93)

Durch zahlreiche medizinische und physikalische Maßnahmen des Arztes gab es *„zwischendurch Linderungen (...), aber bei einer falschen Bewegung war halt der Schmerz WIEDER da“* (Z. 70-71).

Ein weiterer Faktor war *„der Job“* (Z. 285), *„mit 18 Jahren bei VW angefangen am Band, naja, ähm“* (Z. 286). Seine berufliche Situation nimmt im Interview einen großen Raum ein. Neben den spezifischen Belastungen der Bandarbeit empfindet er einen *„psychischen Druck im Werk“* (Z. 293) wegen der mangelnden Entwicklungsmöglichkeiten und aufgrund seines Hilfsarbeiterstatus.

Die Prognose der Ärzte, Herr Gärtner habe Aussichten auf lebenslange Rückenschmerzen und die Aufforderung, *„sich daran zu gewöhnen“* (Z. 9), empfindet er als *„ganz schön schockierend“* (Z. 8). Die ersten Schmerzen sind von Gefühlen der Ungläubigkeit und Hilflosigkeit begleitet.

Schmerzverarbeitung und -bewältigung

Die Reaktionen in seiner Umwelt erlebt er als unstimmig *„mit dem, was die Ärzte gesagt haben“* (Z. 111), und weil die Schmerzen ja nicht *„simuliert“* (Z. 133) waren. Erst durch die Feststellung eines körperlichen pathologischen Befundes fühlt er sich rehabilitiert: *„Als dann festgestellt wurde, ähm, daß es eine Folge ja von den ganzen Faktoren, ja Übergewicht, Bodybuilding“* (Z. 122-124), dem Hausbau und als Folge einer körperlich belastenden Ausbildung als Heizungs- und Lüftungsbauer.

Ein mechanistisches Körperbild wird sichtbar in seinem Vorwurf, den er an die Medizin richtet, die *„Hüftgelenke, neue Gelenke, (...) Organe“* (Z. 22) transplantiert, so eine *„blöde Wirbelsäule“* (Z. 23) aber nicht.

Schmerzbedingt ist er depressiv und teilweise aggressiv als Folge seiner Ohnmacht. Der Rolle des Starken in der Familie wird er gerecht, indem er die Befürchtungen der Freundin und die Selbstvorwürfe der Mutter aus dem Weg zu räumen weiß. Auch den körperbehinderten Vater schützt er vor seiner eigenen Selbstüberschätzung, indem er dessen ständigen Hilfsangebote zurückweist und sagt, *„'nee, das geht nich', du kannst das nich!'"* (Z. 165). Als Ausdruck einer einseitig somatischen Orientierung entwickelt er den utopischen Wunsch nach einer Medizin als *„Ersatzteillager“* (Z. 423) mit dem Ziel, die Heilung der Wirbelsäule an einen Chirurgen zu delegieren und sich mit einem Organtransplantat für die Wirbelsäule versorgen zu lassen.

Die angewandten therapeutischen Maßnahmen umfassen Spritzen, Reizstrom, Massagen, Krankengymnastik und es wird ihm ein Aufenthalt in einer REHA-Klinik verordnet. Andererseits erkennt er die Notwendigkeit selber initiativ zu werden, um die Schmerzen *„erträglich“* (Z. 38) zu machen. Während des Aufenthaltes in der REHA-Klinik erwirbt er die Technik der Progressiven Muskelrelaxation und des Autogenen Trainings, die er auch zu Hause erfolgreich anwendet.

Ein gewachsenes Selbstbewußtsein erlebt er durch verhaltensbedingte Veränderungen, die einhergehen mit der positiven Erfahrung den *„Schmerz selbst in den Griff zu kriegen“* (Z. 493). Er begegnet jetzt auch den *„aufkeimenden Rückenschmerzen“* (Z. 905-906) sofort. In Schmerzsituationen zieht er sich zurück in ein eigenes Zimmer um sich auf den *„Kampf gegen den Schmerz“* (Z. 389) zu konzentrieren. Er entwickelt eine alternative Ausbautechnik für den Dachausbau, die seinen Rücken weniger belastet. Auch in seinen Bewegungsrhythmus hat er die Schmerzerfahrung besser integriert.

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Anfangs hat er sich die Rückenschmerzen gar nicht erklären können. Immer wieder betont er ein „*psychisches Problem*“ (Z.92) als Folge der Schmerzen. Er erlebt dies als Diskrepanz zu seiner Jugend, „*man steckt voller Saft, man steckt voller Kraft*“ (Z. 98-99) und seiner kraftvoll wirkenden, körperlichen Erscheinung. Er reflektiert sowohl die Erwartungen seines sozialen Umfeldes als auch das eigene Selbstbild, das dominiert wird vom Stereotyp eines körperlich starken Mannes: „*Mein Gott, 'n Kerl wie 'n Schrank!*“ (Z. 110).

Dies kann als Abwehr von Zukunftsängsten gelten. Seine Befürchtung gilt der Vorstellung, daß sein Leben nach dem gesundheitlichen und beruflichen Vorbild des Vaters verläuft. Mit dem ständigen beruflichen und gesundheitlichen „*Negativbild [seines] Vaters*“ (Z.365) vor Augen, der nach ca. 35 Jahren Bandarbeit kaum im Ruhestand einen Schlaganfall erleidet, wollte er „*PARTOUT NICHT IN'S WERK*“ (Z. 750). Nach einer schlecht beendeten Ausbildung landet er jedoch über Umwege bei VW am Band.

Beim Vater zeichnen sich Verleugnungstendenzen im Umgang mit seiner krankheitsbedingten Behinderungen ab, indem er seinem Sohn Hilfe beim Dachausbau anbietet. Außerdem ist es mit dem Vater während seiner langen Krankschreibungsphasen zu Konflikten gekommen, bei denen er „*ganz schön aggressiv geworden*“ (Z.117) ist. Der Vater begegnet ihm mit Neidgefühlen, wenn er sagt, „*'dein Leben möchte'ich haben!*“ (Z. 104-105). Die Präsenz der väterlichen körperlichen Behinderung spiegelt sich auch in seinem aggressiven Wunsch wider nach einem Austausch seiner Wirbelsäule.

Er nimmt ein Nachlassen des Spottes und der Streitereien mit dem Vater wahr mit der endgültigen Diagnose eines körperlichen Befundes und „*als dann festgestellt wurde*“ (Z. 122), daß er neben den ganzen anderen Faktoren „*nie so schwere Arbeit [hätte] machen dürfen*“ (Z. 149).

Eine starke psychosomatische Beteiligung sieht er in der neuen Beziehungssituation mit der Freundin, mit der er nach 5 ½ Jahren Wochenendbeziehung „*plötzlich unter einem Dach*“ (Z. 206) wohnt. Als Belastung empfindet er die ständigen Streitereien über „*Nichtigkeiten*“ (Z. 225), die er zunächst durch sein Davonlaufen noch verstärkt. Der Umgang damit „*mußte sich halt erst 'mal entwickeln*“ (Z. 236).

Als weitere Veränderung seiner Lebenssituation im Kontext „*psychosomatischer Beteiligung*“ erlebt er die nicht näher bezeichneten „*Schwierigkeiten mit [s]einer Tochter*“ (Z. 203) und deren „*Wohnortwechsel*“ (Z. 202), womit er ihren Einzug ins eigene Haus meint. Dem „*Erziehungsstreß*“ (Z. 260) wollte er bis dahin entgehen mit der Begründung, „*ich war viel zu jung, ich war 20*“ (Z. 262).

Er erklärt er sich die Schmerzen damit, daß er etwas in seinem *Leben* „*falsch gemacht haben muß*“ (Z. 696). Hierunter faßt er die Schule im Vorfeld, seinen Job, eine körperlich anstrengende Ausbildung und sein damaliges „*sexuelles Denken*“ (Z. 704), durch das er früh in Vaterschaft und Ehe gedrängt wurde. Die Tochter aus erster Ehe stellt neben der neu gegründeten Familie mit seiner jetzigen Partnerin eine finanzielle Belastung dar, die ihm die Möglichkeit einer Umschulung erschwert.

Die Darstellung seines beruflichen Einstiegs ist gezeichnet von Kränkungen und Scham, für die stellvertretend der Satz gilt: „*Mein Vater hat sich für [meinen] Beruf entschieden!*“ (Z. 719).

Rückwirkend bezeichnet er zahlreiche Versäumnisse und Fehlentscheidungen auch wegen seines fehlenden „*Selbstbewußtseins*“ (Z. 774). Indem er dem Drängen seines Vaters nachgibt sich als Heizungs- und Lüftungsmonteur zu bewerben, entscheidet er sich für den vermeintlich „*KÜRZESTEN Weg zur Arbeitsstelle*“ (Z. 726).

Weil er „*SCHLECHT ausgelernt*“ (Z. 829) hat, wird nach der Ausbildung seine Entlassung auf Intervention des Vaters rückgängig gemacht wird. Die Arbeit auf Montage in Berlin

empfindet er dann aber als „*SOO SCHRECKLICH*“ (Z. 834), daß er sich sagt: „*Ich kann nicht mehr!*“ (Z. 835). Ein zweites Mal wendet sich sein Vater an seinen Firmenchef, diesmal mit der Bitte seinen Sohn zu entlassen um den Vermittlungsstop bei eigener Kündigung zu umgehen. Bei VW ist zu der Zeit „*der Einstellboom 1984*“ (Z. 836) mit der Verlockung, „*sicherer Job, und die Kohle hat gelockt*“ (Z. 840-841).

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Er ist der Jüngste neben einem 10 Jahre älteren Bruder und einer 5 Jahre älteren Schwester. In der Kindheit hat er ein „*absolut mangelndes Selbstbewußtsein*“ (Z. 504-505). Mit seiner Rolle in der Schule assoziiert er „*immer das dicke Kind, der Prügelknabe*“ (Z.507). Eine weitere Ursache für sein mangelndes Selbstwertgefühl sieht er im abwertenden Verhalten des Vaters begründet, wenn er „*mal wieder 'ne schlechte Arbeit nach Hause gebracht hat*“ (Z. 786-787). Dann hieß es: „*Straßenkehrer braucht man immer!*“ oder, „*Knechte brauchen die Bauern auch!*“ (Z. 789-790). Im Gegensatz dazu sieht er seinen 10 Jahre älteren Bruder, der eine Ausbildung zum Großhandelskaufmann begonnen hatte, sozial engagiert und religiös war.

Den plötzlichen Tod seines Bruders zu einem Zeitpunkt als er selbst 10 Jahre alt ist, thematisiert er über dessen Vorbildfunktion in der Familie, „*DAS IDEALBILD von einem Sohn*“ (Z. 800). Rückwirkend formuliert er sein Bedauern darüber, daß „*so ein guter Mensch [stirbt]*“ (Z.822). Über die durch den plötzlichen Tod seines fleißigen Bruders ausgelösten Erschütterungen des Familiengefüges und die daraus hervorgegangenen nur sehr vage angedeuteten Konflikte kann er bis heute nur „*MUTMASSUNGEN*“ (Z. 815) anstellen.

Entgegen der elterlichen, geschlechtsspezifischen Rollenverteilung „*wollte [er] nie in die Rolle Mann gedrängt werden.*“ (Z. 671). Beispielhaft stellt er die abwertende Art des Vaters ihm gegenüber dar, wenn er Wäsche aufhängt: „*Machs=te schon wieder Weiberarbeit?*“ (Z. 673-674). Auf der anderen Seite kokettiert er mit seiner stattlichen Erscheinung. Damals hat er schon wegen seiner Jugend keine Erklärung für die Schmerzen gefunden. In der Jugend ist er „*experimentierfreudig gewesen, was [seine] Haare anging*“ (Z.514) und „*Klamotten*“ (Z. 515). Im Hinblick auf sein Äußeres reflektiert er sich als leicht kränkbar und mit der Neigung aggressiv zu reagieren. Bedeutsam ist ihm in dem Zusammenhang die ihm zur Verfügung stehenden „*Kraft*“ (Z. 520), die auch aktuell mit den Schmerzen eine Rolle spielt. Mittlerweile hat er durch seine jetzige Partnerin gelernt, daß man „*durch Argumentation im Leben WEITER kommt*“ (Z. 522-523).

Mit ca. 20 Jahren hat er „*etwas vom Leben HABEN*“ (Z. 547) wollen. Stattdessen fühlte er sich ausgetrickst durch die erste Frau und zu früh in die Ehe und Vaterschaft gedrängt. Die Probleme, die mit Tania „*schon IMMER (...) also die ersten 10 Lebensjahre*“ (Z. 241-242) bestehen, werden nicht weiter thematisiert. Für die Tochter erkämpft er einerseits das Sorgerecht, delegiert aber auf der anderen Seite die Erziehungsverantwortung für sie an die ehemalige Schwiegermutter. Auch dafür nennt er als Grund seine Jugend: „*Ich war viel zu jung, ich war 20*“ (Z. 262). Die Ehe wird nach einem Jahr geschieden. Aus der aktuell bestehenden Beziehung geht ein Sohn hervor. Über die besser verdienende Freundin sieht er mittlerweile für sich in ferner Zukunft die Möglichkeit zu einer Umschulung.

Innerhalb der Familie hat er sich in seinem Rollenverständnis im Gegensatz zur rebellischen Schwester immer „*als Aufbauer, als Schlichter als (...) den GUTEN TEIL der Familie sehen wollen*“ (Z. 794-795). Deswegen hat er alles gemacht, was die Eltern von ihm erwarteten. Aus diesen Darstellungen und aus den nur vage thematisierten Konflikten in seinem Leben läßt sich ein eher defensiv-vermeidender Umgang mit schwierigen Lebensaspekten erkennen.

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Bei Herrn Gärtner steht eine Selbstwertproblematik im Vordergrund, die unmittelbar geknüpft ist an seine berufliche Situation und Zukunftsperspektive.

Es zeigt sich ein negatives Selbstbild in seiner Selbstbeschreibung: „*Ich war FAUL (...), ich wollte leben, Party machen*“ (Z. 312, 313).

Die Versäumnisse der Vergangenheit im Hinblick auf die erste Ehe und der aus seiner Sicht ungewollten Schwangerschaft relativiert er. Da war er „*einfach zu jung, um [sich] da Gedanken zu machen*“ (Z. 546) über Lebensperspektiven.

Als zentrales Handlungsmotiv läßt sich die Abgrenzung vom körperbehinderten Vater im Hinblick auf dessen berufliche und gesundheitliche Entwicklung und Lebensqualität erkennen: Ein Motto, daß sich für ihn „*erledigt*“ hat wegen der Verantwortung, heißt: „*Träume nich' dein Leben, sondern lebe deine Träume*“ (Z. 590-591). Das hindert ihn seinen Job aufzugeben und zu sagen: „*Scheiß egal, jetzt mach' ich Schule!*“ (Z. 594). Allerdings findet er das „*in Ordnung*“ (Z. 595).

Sein aktuelles Motto: „*Genieße das Leben, solange Du es noch genießen kannst!*“ (Z. 588-589) bekommt vor dem Hintergrund der Lebensqualität des Vaters eine besondere Bedeutung. Sein kränkender Berufseinstieg kann als mißlungener Ablösungsversuch aus dem Einflußbereich des Vaters gewertet werden. Allerdings wird ihm die auch erschwert durch seine besondere Rolle innerhalb des Geschwistergefüges und durch das Zusammenleben mit den Eltern in einem Haus.

Er schwankt in seiner Haltung zwischen der Aussicht, „*mein ganzes Leben am Band arbeiten, das is' doch nich'das Tolle*“ (Z. 314-315) und der Befürchtung, eine schulische und berufliche Weiterbildung „*nicht zu schaffen (...), und sagen zu müssen, geht nicht*“ (Z. 330-331). Mit 2 Kindern und einem Haus hat er „*aber schon zu viel am Hacken*“ (Z. 318). In dieser Ambivalenz verharret Herr Gärtner aktuell.

3.2.3.4 Zusammenfassung der Einzelfallanalyse von Herrn Gärtner

Bei Herrn Gärtner läßt sich im Entstehungskontext eine Entlastung von körperlichen Arbeiten, nämlich dem Dachausbau erkennen und der Bandarbeit bei VW erkennen. Dies ist vor dem Hintergrund großer beruflicher Unzufriedenheit zu sehen. Eine Zuspitzung der Schmerzen zeigt sich in einer Umbruchsituation, in der sowohl die langjährige Partnerin als auch die Tochter Tania aus erster Ehe zu ihm ziehen.

Herr Gärtner übernimmt die eher 1-seitige somatische Ursachentheorie seiner Ärzte, die seine Schmerzen als Folge von Bodybuilding, Übergewicht, einem Geburtsfehler und körperlichen Belastungen durch seine Berufstätigkeit zuschreiben. Die Bezugnahme zur eigenen Lebenssituation erfolgt eher rückwirkend und gesprächsbedingt, wobei eine Scham deutlich wahrnehmbar ist.

Schmerzbedingt lassen sich zahlreiche Belastungen erkennen. Dies ist die Erschütterung seines Selbstbildes und der ihm zugewiesenen Rolle als „Kerl wie 'n Schrank“. Das sind finanzielle Belastungen und Ängste um den Arbeitsplatz. Mit dem Vater entstehen Konflikte während seiner krankheitsbedingten Zwangspausen. Im Schmerzerleben von Herrn Gärtner zeichnet sich durch die Utopie eines „Ersatzteillagers“ ein Wunsch nach Versorgung ab. Es läßt sich eine Entwicklung im Krankheitserleben von einer anfänglichen Hilflosigkeit in Richtung einer größeren Zuversicht erkennen. Über einen Aufenthalt in einer REHA-Klinik erwirbt er aktive Techniken der Schmerzbewältigung (Progressive Muskelrelaxation,

autogenes Training). Entsprechend einer einseitig somatischen Entstehungstheorie findet keine aktive Auseinandersetzung mit biographischen Aspekten statt.

In der Kindheit läßt sich eine Selbstwert-Thematik als Folge einer infantilen Adipositas als Krankheitsvorbedingung identifizieren, die ihm die Rolle des Prügelknaben und dicken Kindes verschafft. Auch im Zuge einer ungleichen Rollenverteilung zwischen ihm und seinem älteren Bruder erweist sich die Beziehung zum Vater konfliktbelastet. Der begegnet ihm mit Abwertungen bei schlechten Zensuren, was sich ebenfalls in einem negativen Selbstbild („faul“) manifestiert.

In der Jugend entwickelt Herr Gärtner die Möglichkeit dieses Selbstwert-Defizit zu kompensieren durch Attraktivität und eine kraftvolle Erscheinung.

Ein zentrales Lebensmotiv ist in dem Wunsch zu erkennen eine bessere Lebensqualität als die des Vaters zu erreichen, der trotz seiner Körperbehinderung 34 Jahre bei VW am Band steht und kaum im Vorruhestand, einen Schlaganfall erleidet. Sein kränkender Berufseinstieg kann als mißlungener Versuch gewertet werden diesen Wunsch zu realisieren.

Im Umgang mit den zentralen Problemen „beruflichen Perspektive“ und „frühe Vaterschaft“ ist eine Ambivalenz erkennbar, zwischen einer aktuell bestehenden Orientierung am Weg des geringsten Widerstandes und einem Bedauern nachhaltiger schulischer Versäumnisse, die mit Selbstbezeichnungen einhergehen und deutlich schambesetzt ist. Die Belastungen durch die Tochter aus erster Ehe, für die er lange die Erziehungsverantwortung delegiert, werden nur vage angedeutet. Eine zentrale aktuelle Belastung besteht durch seine berufliche Situation mit der Aussicht auf viele weitere Jahre der Bandarbeit.

In seiner beruflichen Situation zeichnet sich damit ein Dilemma ab: Auf der einen Seite bestehen Zukunftsängste im Hinblick auf seine Perspektive als Bandarbeiter. Auf der anderen Seite bestehen Versagensängste sowie die Befürchtung eines Einkommensverlustes im Falle einer beruflichen Fortbildung.

Im Umgang mit zentralen Konflikten im Elternhaus zeigt sich ein defensiv-verleugnender Bewältigungsstil in Form einer fehlenden Auseinandersetzung und unreflektierten Übernahme der ungleichen elterlichen Rollenzuweisung zwischen den Geschwistern. Im Umgang mit dem Vater läßt sich ebenfalls eine Ambivalenz zwischen Abgrenzungsbedürfnis und Abhängigkeit erkennen.

4 KOMPARATIVE DARSTELLUNG DER (ÜBERINDIVIDUELLEN) ERGEBNISSE

Bevor im nächsten Arbeitsschritt die Interviews systematisch miteinander verglichen werden können, wurden zunächst die in der ersten Auswertungsphase gewonnenen Daten in überindividuellen Komparationstabellen für die Untersuchungsgruppe und die Kontrollgruppe getrennt erstellt, um den systematischen Vergleich nachvollziehbar zu machen. Die Komparationstabellen basieren auf dem selben Auswertungsschema wie die individuellen Ergebnisse. Für die Darstellung der überindividuellen Personencharakteristik werden für die Untersuchungsgruppe Subgruppen gebildet:

- **Gruppe A:**
Hier werden die Interviewten Frau Abel und Frau Deter zugeordnet. Beide stellen (aktuell oder rückwirkend) psychosoziale Aspekte in den Vordergrund und stellen einen Bezug zu bedeutsamen Lebensereignissen her. Damit verfügen sie eher über eine mehrdimensionale subjektive Krankheitstheorie und überwiegend über interne Kontrollüberzeugungen.
- **Gruppe B:**
Dieser Gruppe werden Frau Bartel und Frau Christ zugeordnet. Sie verfügen über eine eher eindimensionale subjektive Krankheitstheorie und externale Kontrollüberzeugungen. Sie stellen zwar rückwirkend eine Beziehung zu ihrer Lebenssituation her, erwarten aber eine Veränderung nur durch ich-ferne Behandlungen.
- **Gruppe C (Kontrollgruppe)**

Um die Lesbarkeit zu erleichtern, wurden die Komparationslisten der Kontrollgruppe der nachfolgenden Darstellung nicht beigelegt, sondern in den Anhang verlegt. Die Tabellen der Untersuchungsgruppe werden den Ergebnissen vorangestellt.

4.1 Darstellung der Komparationstabellen der Migränegruppe

Schmerzbedingte Belastungen	mehrdim.psychosomatische Krankheitstheorie		eindimensionale somatische Krankheitstheorie	
	Frau Abel	Frau Deter	Frau Christ	Frau Bartel
Ohnmachtsgefühle	•	•	•	
Angst vor Arbeitsunfähigkeit	•	•	•	
Angst vor Kontrollverlust		•		
Angst vor Stigmatisierung			•	•
Angst vor schwerwiegender Erkrankung			•	
Minderwertigkeit, Schamgefühle			•	•
Depressionen/Verstimmungen	•		•	•
Rechtfertigungsdruck				•
Entscheidungsdilemmata				•
berufliche Konflikte			•	•
Beeinträchtigung d. Arbeitsfähigkeit	•	•	•	
Verlust an Lebensqualität (Verlorene Jahre)	•		•	
Ausschluß v. sozialen Aktivitäten	•		•	
Konflikte in Partnerschaft/Ehe			•	•
Medikamentenunverträglichkeit		•		
Angst vor Med.-Nebenwirkung.	•		•	

Tab.1: Schmerzbedingte Belastungen

Schmerzbewältigung (SK) kognitiv	mehrdim.psychosomatische Krankheitstheorie		eindimensionale somatische Krankheitstheorie	
	Frau Abel	Frau Deter	Frau Christ	Frau Bartel
handlungsleit. Auseinandersetg. m. biographischen Aspekten	(X)			
defensiv-verleugnender Umgang m. biographischen Aspekten			•	•
Ambivalenz: (rückwirkende Auseinandersetzung)		(X)		
Krankheit als Kontrollinstrument				•
Schwanken zw. aktiv und resignativ	•			
Entwicklg. internaler Kontrolle	•	•		
externale Kontrollüberzeugung			•	•
Migräne als Zwangspause	•	•		
ich-fernes Krankheitserleben		•		
Ausdruck verdrängter Ängste		•		
Krankheit zur Stabilisierung von Selbstwertdefiziten				•
Migräne als Flucht aus Konfliktsituation	•			
defensiv-vermeidender Umgang mit Gefühlen	•	•	•	•
emotional				
Depressive Reaktionen	•		•	•
Schicksalhafte Ergebnisheit			•	
Hadern mit dem Schicksal	•			
Krankheitsbedingte Selbstwert- Thematik (Angst v. Stigmatisierung)			•	•
behavioral				
aktive Verleugnung			•	
Entwicklung zu aktivem Umgang (Informationen, Austausch)	X	X		
aktive Suche nach Unterstützung (Arzt, Familie, Partnerschaft)	X		X	X
Entwicklg. v. aktiver Suche nach Unterstützung	X			
Entwicklung v. Vergessen zu aktiver Schmerzkontrolle		X		
aktueller sozialer Rückzug	•	•	•	•
nachhaltiger sozialer Rückzug			•	
Veränderung d. Leistungsverhaltens	X	X		
Konzentration auf Erkrankung			•	•
Vernachlässig. eigener Bedürfnisse	•	•	•	•
Veränderung d. Umgangs m. eigenen Bedürfnissen	X	X		
Bemühung um Lebensqualität	•	•		
Nutzg. mehrgleisiger (med., psychol., sonstiges) Therapieangebote	(X)	(X)		(X)
Übertragung des med. Behandlgs-Konzeptes → Psychother.				•
Kompensat. krankheitsbed. Defizite			•	•
Delegation v. Verantwortg. (Arzt)			•	•
Medikamentenmißbrauch			N	N
Umschulungsmaßnahmen/Rente				(X)
• = vorhanden; X= hilfreich f. Migräne; (X)=hilfreich; N= nutzlos				

Tab.2: Schmerzbewältigung/SK (Dimensionen, Funktionalität)

Genese von Bewältigungs- strategien/ SK	mehrdim.psychosomatische Krankheitstheorie		eindimensionale somatische Krankheitstheorie	
	Frau Abel	Frau Deter	Frau Christ	Frau Bartel
Genetisches/soziales Erbe*	•		•	
Identifikation m. mütterl. Migränemodell	•			•
Übernahme komplexer Reaktionsmuster			•	•
Mutter als Machtmodell				•
mütterl. Leistungsdrucks *	•			•
elterl. Disziplinvorstellungen*			•	
familiäre und Haushalts- Verpflichtungen der Mutter *	•			•
unbefriedigte Sexual. (Mutter)*	•			
Flucht aus Familiensituation *	•			
Übernahme des elterl. Krankheitsmodells		•	•	
Internalisierung der elterlichen Rollenzuweisg. als Starke		•		
Familiäre Spaltung zwischen Stärke und Schwäche		•		•
Leben als Triebverzicht			•	•
exzessives Leistungsverhalten*	•	•		•
Angst vor der Selbständigkeit*		•		
Die mit * gekennzeichneten SK beruhen auf den Interpretationen der Betroffenen				

Tab. 3: Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

frühe soziale Faktoren	mehrdim.psychosomatische Krankheitstheorie		eindimensionale somatische Krankheitstheorie	
	Frau Abel	Frau Deter	Frau Christ	Frau Bartel
Fam. Vorbelastg.d. Schmerzen	•		•	•
Fam. Vorbelastg. d. andere Erkrankungen		•		
Überforderung d. destruktive Kommunikationsmuster	•		•	•
Überforderg. d. Leistung/Disziplin			•	•
Überforderg. d. fehlende emotionale Zuwendung	•	•	•	•
fehlende Berücksichtigung kindl.Bedürfnisse			•	•
Überfordg. d. Dauerkonflikte (Ko-Abhängigkeit)	•			•
neurotische Konfliktlösungsmodelle	•	•	•	•
Überfordg.d. frühe Aufgabenzuweisg./ Erwartungen	•	•	•	•
fehlende familieninterne Grenzen			•	
Fam.Spaltung (schwach/stark)	•	•		
protektive Elemente	•	•		
aktuelle soziale Faktoren				
Konflikt- u. Affektvermeidung	•		•	•
Übernahme v. Kommunik.- Mustern aus Elternhaus			•	•
Selbstwert-Problematik			•	•
Entwicklung v. Konfliktfähigkeit	•			
Distanzierung v. mütterl. Leistungsideologie	•			
Zunehmende Orientierung an Bedürfnissen	•	•		
Ambivalenz zw. Kontroll-u. Regressionsbedürfnis		•		•
Fehlende/mangelnde Kommunikat.v. Bedürfnissen	•		•	•

Tab. 4: Frühe und aktuelle soziale Beziehungen

Persönlichkeitsentwicklung	mehrdim.psychosomatische Krankheitstheorie		eindimensionale somatische Krankheitstheorie	
	Frau Abel	Frau Deter	Frau Christ	Frau Bartel
Identitätsstiftende Ablösung aus Elternhaus	•			
aktives Bemühen um Lebensqualität	•	•		
Schaffen beruflicher Freiräume	•			
Selbstwert-Problematik			•	•
Positives Selbstkonzept	•	•		
Diffuses Selbstkonzept			•	•
Eher gute Selbstwahrnehmung	•	•		
Eher schlechte Selbstwahrnehmung			•	•
Migräne a. identitätsstiftender Entwicklungsfaktor				•
Berentung als gesellschaftliche Anerkennung				•
Migräne als Entwicklungsfaktor (Isolation)			•	
fehlende Ablösung v. Elternhaus			•	•
Ablösungsprobleme v. Elternhaus		•		

Tab.5: Persönlichkeitsentwicklung

4.2 Kriterien nützlicher und schädlicher Krankheitsbewältigung

Bevor ich zu der Darstellung der individuellen und überindividuellen Schmerz- und Krankheitsbewältigungsformen komme, schließe ich mich zunächst der Auffassung von John-Mantey und Thurke an, die der „Idealvorstellung eines ‘guten Bewältigers’“ kritisch gegenüber stehen (1990, S. 136, Hervorhebung i. Orig.). Die traditionelle trait-orientierte Forschungsperspektive richtet den Blick auf die interpersonell unterschiedlichen Präferenzen der Krankheitsbewältigung. Dabei hat sich ein sehr allgemeines Coping-Ideal etabliert, das im Wesentlichen als „aktiv“ und „problembezogen“ bezeichnet wird. Als schlecht und wenig gesundheitszuträglich gelten „emotionale“ Vorgehensweisen in Belastungssituationen, weil sie, beeinflusst von der psychoanalytischen Abwehrlehre, alle unter den Aspekt der Vermeidung fallen (Projektion, Rationalisierung, Verleugnung, Bagatellisierung, etc.). Abgesehen von methodologischen Problemen der Interpretation des gewonnenen Datenmaterials von „Nichtanalytikern“ warnt Thomae (1988) vor dem Vertrauensbruch, der den Befragten damit zugefügt wird. Außerdem spiegelt diese Sichtweise Expertenwissen wider und wird der Perspektive der Betroffenen nicht gerecht, da die Bewertung subjektiver Belastungen immer vor dem lebensgeschichtlichen Hintergrund und den zur Verfügung stehenden Kompetenzen und Ressourcen vorgenommen wird. Sofern Begriffe wie aktiv und defensiv-vermeidend in dieser Arbeit verwendet werden, gelten diese eher deskriptiv und unter Berücksichtigung der Entwicklungsbedingungen und Ressourcen.

1. Wie bereits im Kap. 1 dargelegt wurde, ergibt sich im Rahmen einer biographisch geleiteten Fragestellung die Notwendigkeit, bei der Festlegung von Bewertungskriterien hinsichtlich ihrer Nützlichkeit bzw. Schädlichkeit der subjektiven Einschätzung der betroffenen Personen selbst Priorität einzuräumen (Vgl. Laux & Weber, 1987). Außerdem konnte ich auf die von John-Mantey & Thurke (1990) im Rahmen ihrer Längsschnittstudie zu den Bewältigungsstrategien bei Brustkrebspatientinnen entwickelten Kriterien zurückgreifen.
2. Es erscheint auch bei Schmerzpatienten sinnvoll, zwischen kurzfristigen und nachhaltigen Entlastungen zu unterscheiden. Beispielsweise kann eine kurzfristige Angst- oder Affektunterdrückung eine Entlastung für den Augenblick bedeuten, aber langfristig als negativ für die Aufrechterhaltung der Erkrankung angesehen werden, da bei langfristigen Verdrängungsmechanismen immer von zusätzlichen energetischen und psychosozialen Belastungen ausgegangen werden muß.
3. Bewältigungsstrategien sind kontextabhängig von mehr oder weniger expliziten persönlichen Zielsetzungen bestimmt und können einer neurotischen Konfliktlösung unterliegen. In einem solchen Fall kommt es zwangsläufig zu Abweichungen zwischen der subjektiven Sicht des Betroffenen und einer psychologischen Expertenperspektive, aus der ein Krankheitsgewinn in der Regel als nicht tolerabel gilt. Kritisch reflektiert werden sollte dies allerdings vor einem gesellschaftlichen Hintergrund, durch den jemand mit einer körperlichen Erkrankung eher Zuwendung verdient als der Gesunde oder auch der psychisch Kranke. Aus meiner Sicht muß man hier von einem normativen Vorwurf des parasitären Verhaltens Abstand nehmen und auch ins Auge fassen, inwieweit eine psychische Kompensation weitreichender Entwicklungsdefizite auch gestattet sein kann. Damit wird deutlich, welche Schwierigkeiten eine starre Festlegung von Bewertungskriterien mit sich bringt, wenn man eben nicht eine einseitige Forscherperspektive einnehmen will.
4. Es entspricht ebenfalls einer biographischen Forscherperspektive, daß Bewältigungsstrategien entwicklungs- und erfahrungsbedingt während des Krankheitsprozesses einer Veränderung unterliegen. Vor allem für die Migränegruppe ist

das insofern relevant, als bei drei von vier Betroffenen die Erstmanifestation in das Kindesalter fällt, in dem die Bewältigungsressourcen begrenzt sind.

5. Dabei sind die Kontrollüberzeugungen von Bedeutung, da eine interne Kontrollüberzeugung die Reduzierung subjektiver Bedrohungsgefühle bewirken kann. Aus diesem Grund wird einer internalen krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugung ein hoher entlastender Wert eingeräumt (Vgl. John-Manthey & Thurke, 1995).

Es soll hier noch einmal betont werden, daß die im Rahmen dieser Untersuchung festgestellten Befunde keine abschließende Beurteilung von tatsächlichen Krankheitsverläufen erlaubt, da dies einer einseitigen kausalen Sichtweise gleich käme.

4.3 Darstellung der überindividuellen Ergebnisse der Migräne-Gruppe

Schmerzbedingte Belastungen

Die hier genannten Belastungen stellen keine statischen Größen dar, sondern sind vom Kontext und von situativ bestehenden Bewältigungsfunktionen abhängig. Beispielsweise führt die Erkrankung bei **Fr. C** zu nachhaltiger sozialer Isolation, die sie mittlerweile aufgrund ihres Ruhigerwerdens im Alter relativiert. Emotionale Belastungen und Ängste werden insgesamt am häufigsten genannt. Neben Ohnmachtsgefühlen spielen soziale Isolationsgefühle sowie der Ausschluß von sozialen Aktivitäten eine weitere Rolle, allerdings zeigen sich hier deutliche qualitative Unterschiede. Während bei **Fr. C** ein migränebedingter Rückzug in die soziale Isolation führt, ist diese Entwicklung bei **Fr. A** nicht erkennbar. Der zeitweilige oder nachhaltige Ausschluß von sozialen Aktivitäten spiegelt sich auch in dem Verlust an Lebensqualität wider, von dem sich beide Frauen betroffen fühlen. Die Angst vor dem Verlust der Arbeitsfähigkeit bzw. vor einem Arbeitsplatzverlust stellt ebenfalls bei allen außer **Fr. B** eine Belastung dar. Es folgen objektive Belastungen, die durch tatsächliche Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz entstehen. (**Fr. A, B, C**). Andere Belastungen sind für **Fr. B** und **Fr. C** berufliche und soziale Konflikte, von denen **Fr. A** und **D** weniger betroffen sind.

Für **Fr. B** und **C** stellt die Kraftanstrengung für die Aufrechterhaltung eines positiven Bildes nach außen und Schamgefühle im sozialen Kontext ebenfalls eine erhebliche Belastung dar. Allerdings läßt sich bei **Fr. B** erkennen, daß diese einem Wandel unterliegt. Im Entstehungskontext der Migräne und während des langen Krankheitsverlaufes empfindet sie Scham, mittlerweile berichtet sie mit einem gewissen Stolz von der Schwere ihrer Erkrankung. Damit zeigt sich, daß die wahrgenommene Behinderung nicht identisch ist mit der Schwere der Erkrankung und durch einen Krankheitsgewinn modifiziert werden kann. Ebenso läßt sich ein Bezug zu den Bewältigungsressourcen herstellen, vor dessen Hintergrund das subjektiv wahrgenommene Bedrohungsgefühl zum Ausdruck kommt. **Fr. C** mit einer fatalistischen Ergebnisbeurteilung gegenüber der Erkrankung berichtet als einzige von ihrer Angst vor lebensbedrohlichen Erkrankungen. Im Einklang mit der Einschätzung, daß **Fr. A** und **D** über ein größeres Bewältigungspotential verfügen, werden Selbstwertprobleme bei ihnen nicht weiter thematisiert.

Es zeichnen sich Unterschiede in den betroffenen Lebensbereichen ab. Während in den Partnerschaften von **Fr. B** und **C** die Migräne ein erhebliches Konfliktpotential bildet, läßt sich dies bei **Fr. A** und **C** nicht feststellen. Dies ist als Hinweis auf die Unterschiede der bestehenden sozialen Ressourcen zu bewerten.

Schmerzbewältigung und -verarbeitung/Subjektive Krankheitstheorien (SK)

Im Zuge der Ergebnisdarstellung erschien es mir sinnvoll eine Trennung in der Darstellung der subjektiven Krankheitstheorien vorzunehmen. In der **Tab. 2** werden in erster Linie die

Dimensionen und die *Qualität* der subjektiven Krankheitstheorien sowie deren *Funktionalität* erfaßt. In der **Tab. 3** werden die *Ursachenvorstellungen* bzw. die *Entstehungsmechanismen* von Bewältigungsstrategien aufgeführt.

Bei der Betrachtung von Bewältigungsstrategien und subjektiven Krankheitstheorien sind vor allem die Bewältigungskomplexe aussagekräftig, bei denen es Hinweise auf einen Zusammenhang gibt. Die subjektiven Krankheitstheorien erweisen sich eng mit den krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen verknüpft. Ebenso zeigen sich geringe interne Kontrollüberzeugungen mit einer Selbstwert-Problematik verbunden.

In der Tendenz nennen Personen mit externaler Kontrollüberzeugung (**Fr. B, C**) auch an erster Stelle somatische und physikalische Entstehungsursachen (Wetter), während Befragte mit einer internalen Kontrollüberzeugung eher auf mehrdimensionale psychosomatische (**Fr. A, D**) Entstehungsursachen zurückgreifen. In den dargestellten somatischen Entstehungstheorien spiegelt sich auch weitverbreitetes Expertendenken wider, das hormonellen Mechanismen bei der Migräne einen hohen Stellenwert zuweist. Bei **Fr. C** wird diese Theorie gestützt mit dem Rückgang der Migräne während der Schwangerschaft. Allerdings lassen sich hieraus keine eindeutigen Erklärungen ableiten. Als weiterer Entstehungsgrund wird von **Fr. A und C** genetische Ursachen genannt.

Bei **Fr. B** wird die Anfangstheorie „Pubertät“ ausgetauscht durch „Anspruchsdenken“. Bei zwei Frauen treten die ersten Schmerzen deutlich *vor* der Pubertät auf (**Fr. A und C**), verschlimmern sich aber während dieser Zeit. Dies könnte die These einer somatischen Mitbeteiligung stützen. Allerdings weiten sich zu dieser Zeit auch die Entwicklungsaufgaben und Anforderungen aus dem Elternhaus aus, so daß hier keine einfachen kausalen Zusammenhänge hergestellt werden können.

Im Entstehungszusammenhang wird von den Frauen, deren Erstmanifestation im Kindesalter liegt, schulische und chronische familiäre Belastungen angegeben (**Fr. A, B, C**). Als weiterer psychologischer Grund, der die Aufrechterhaltung betrifft, steht bei allen Frauen ein *Leistungsaspekt* im Vordergrund. Analog zu den Kontrollüberzeugungen wird dies auf unterschiedliche Weise dargestellt: Entweder wird ein exzessives Leistungsverhalten *selbstkritisch* reflektiert und als Entstehungsursache bezeichnet (**Fr. A und D**), oder es richtet sich ein impliziter Vorwurf an die Herkunftsfamilie mit der dort herrschenden Disziplinvorstellung und dem Anspruchsdenken (**Fr. B und C**).

Zwischen den beiden Gruppen zeichnet sich ein erheblicher Unterschied hinsichtlich der *Qualität* der subjektiven Krankheitstheorien ab:

Die rückwirkend entwickelten oder übernommenen subjektiven Krankheitstheorien von **Fr. B und C** erscheinen eher eindimensional und wenig komplex. Sie können zwar als kurzfristige emotionale Entlastung wirken, allerdings fehlt ihnen die handlungsleitende Motivationskraft. Ein Grund hierfür läßt sich in fest verankerten Reaktionsmustern suchen, deren Veränderung sicher mit einem erheblichen Energieaufwand verbunden ist.

Für **Fr. B** liegt eine entlastende Funktion ihrer SK in ihrer Stabilisierung des Selbstwertgefühles und ist damit aus der Sicht der Betroffenen positiv zu bewerten. Allerdings verhindert dies auf längere Sicht eine Auseinandersetzung mit den dahinter liegenden biographischen Aspekten, so daß dies einer Konfliktlösung und damit einer längerfristigen Entlastung nicht zuträglich ist.

Frau **Fr. A und D** entwickeln eine komplexe mehrdimensionale Entstehungstheorie, die auf den Prozeßcharakter ihrer Entwicklung hinweist. Auch sind sie nicht unbedingt in sich schlüssig, was durchaus der „argumentativen Struktur“ entspricht, die Faller, Schilling & Lang erwähnen (1991, S.29). Hier wird auch die Kontextabhängigkeit und Funktionalität subjektiver Krankheitstheorien sichtbar.

Der Sachverhalt, daß **Fr. D** im direkten Umgang mit ihrer Migräne eher eine allgemeines Streßmodell oder Wettertheorien bevorzugt, deutet auf eine Angst und Emotionsabwehr hin. Retrospektiv werden diese Emotions- und Angstinhalte aus sicherer zeitlicher Distanz kritisch reflektiert und dargelegt. Ebenso verfügt **Fr. A** über die Möglichkeit der Affektkontrolle durch ihre eingehende intellektuelle Auseinandersetzung mit den Entstehungsursachen der mütterlichen Migräne. Bei beiden Frauen muß diese Affektunterdrückung als zeitweilige Entlastung und damit als positive Bewältigungsstrategie eingeschätzt werden.

Der Komplex der Affekt- und Emotionskontrolle spiegelt sich möglicherweise auch in den wenig genannten emotionalen Bewältigungsstrategien wider. Im Gegensatz zu der Anzahl der genannten kognitiven und behavioralen Verarbeitungsmuster spielen diese eine untergeordnete Rolle.

Dies kann als Folge eines rigiden Leistungs - und Disziplinierungsverhaltens angesehen werden, das der Pflichterfüllung oberste Priorität einräumt (**Fr. B** und **C**). Ebenso kann eine ehrgeizige Leistungsorientierung auch als Kompensation eines fehlenden Emotionsausdrucks interpretiert werden und als eine Möglichkeit, aggressiv-expandierende Bedürfnisse stellvertretend auszuleben (**Fr. A**) oder als mangelndes Abgrenzungsvermögen gegenüber den an sie gestellten Erwartungen (**Fr. D**).

Sowohl **Fr. B** als auch **Fr. C** verwenden große Energie darauf, nach außen ein positives Bild aufrechtzuerhalten und einer krankheitsbedingten Stigmatisierung entgegenzuwirken. Dies geschieht auf unterschiedliche Weise und führt auch zu verschiedenen Ergebnissen. **Fr. B** widerspricht einer vermuteten Expertenmeinung aufgrund des inzwischen selbst erworbenen Expertenstatus und kann damit ihr Selbstwertgefühl stabilisieren, was aus ihrer Sicht als Entlastung angesehen werden muß.

Fr. C bemüht sich um den Eindruck der Normalität unter Verleugnung ihrer krankheitsbedingten Schwächen. Auch wenn dies aus ihrer subjektiven Perspektive positiv und als Beweis ihrer Disziplin bewertet wird, muß dies aus meiner Sicht als zusätzliche Belastung erscheinen, weil dieses Verhalten zu Lasten einer positiven sozialen Unterstützung geht. Darüber hinaus birgt es die Gefahr der Verstärkung eines ohnehin geringen Selbstwertgefühles und der sozialen Isolation.

Dies deutet daraufhin, daß in der subjektiven Wahrnehmung von Belastungen das eigene Kompetenzzempfinden eine wichtige Rolle spielt. Bei **Fr. B** und **C** ist dies als gering einzuschätzen.

Die Frauen (**Fr. B** und **C**) mit einer geringen Kompetenzwahrnehmung verfügen auch über wenig Veränderungspotential im Hinblick auf ein dysfunktionales rigides Leistungs- bzw. Disziplinverhalten und delegieren Verantwortung an den Arzt entweder in Erwartung einer Diagnosestellung eines schwerwiegenden Befundes oder der Arzt bzw. die Therapeutin wird Erfüllungsgehilfe für die eigenen Versorgungswünsche (**Fr. B**).

Da **Fr. B** m. E. der Gruppe 2 der von Volger entwickelten Migränesubgruppe zuzuordnen ist, wäre bei ihr eine Psychotherapie nicht indiziert (s. Theoretischer Hintergrund, S.15f). Dies deckt sich mit meinem Eindruck, daß **Fr. B** ihre Migräne auch innerhalb der Therapie weiterhin instrumentalisiert, um der Therapeutin ihre Hilflosigkeit mitzuteilen. Auch ihr Bedürfnis nach lebenslanger Therapie weist eher in die Richtung eines Versorgungsbedürfnisses und weniger in die Richtung einer aktiven Auseinandersetzung. Aus subjektiver Sicht kann dennoch von einer protektiven Wirkung durch psychotherapeutische Zuwendung für **Fr. B** ausgegangen werden, auch wenn dies einem Expertenanspruch natürlich widerspricht, der auf die Beseitigung eines sekundären Krankheitsgewinns durch die Erkrankung abzielt.

Im Gegensatz dazu ist eine Inanspruchnahme einer Psychotherapie bei **Fr. A** und **D** als aktive Auseinandersetzung mit problematischen biographischen Aspekten zu verstehen, die im Hinblick auf die eigene Lebensbewältigung einen Zuwachs an Problemlösepotential beinhaltet. Beides wird von **Fr. A** und **D** zwar im Hinblick auf die Lebensbewältigung positiv, im Hinblick auf die Migräne allerdings als weniger hilfreich eingeschätzt.

Auch im Umgang mit psychosozialer Unterstützung werden einschlägige Tendenzen sichtbar. Bei **Fr. A** und **D** lassen sich soziale Ressourcen erkennen und eine Entwicklung zunehmender Inanspruchnahme von Zuwendung und Rat. Bei **Fr. C** wird aufgrund selbstwertbedingter aktiver Verleugnungstendenzen eine *negative Entwicklung* in Richtung sozialer Isolation erkennbar. **Fr. B** verfügt mit der Migräne über eine Ressource zur Durchsetzung der eigenen Bedürfnisse innerhalb ihrer Familie.

Bei beiden Frauen (**Fr. B** und **C**) zeigen sich depressive Reaktionen, die aber m. E. nicht ausschließlich als dysfunktionale Krankheitsbewältigung angesehen werden können, sondern auch als Folge eines rigiden Lebensstils.

Während bei **Fr. B** und **C** vor dem Hintergrund eines begrenzten Problemlösepotentials eine Konzentration auf die Erkrankung festzustellen ist, sei es durch eine umfassende Funktionalisierung und einen erheblichen Krankheitsgewinn oder durch eine geradezu fatalistische Ergebnisheit, kristallisieren sich bei **Fr. A** und **D** nach langjährigen Phasen des Schwankens zwischen vergeblicher Aktion, Resignation (**Fr. A**) und Verdrängung (**Fr. D**) *positive Entwicklungen* heraus in Richtung eines aktiveren Umgangs mit den eigenen Bedürfnissen, der aktiven Bemühung um Lebensqualität und der Anpassung des Leistungsverhaltens entsprechend der eigenen Leistungsgrenzen.

Zusammenfassung:

Bei den Befragten werden **zwei verschiedene Tendenzen der Krankheitsbewältigung** deutlich:

In der **Gruppe B (Fr. B und C)** zeigen sich Bewältigungstendenzen und subjektive Krankheitstheorien, die überwiegend als *schädlich* für den Krankheitsverlauf angesehen werden:

1. Sie verfügen über eindimensionale, wenig komplexe überwiegend somatische bzw. externale Entstehungstheorien.
2. Sie verfügen über belastende subjektive Krankheitstheorien, die mit einem negativen Selbstkonzept verknüpft sind.
3. Die Auseinandersetzung mit psychologischen Ursachen bleibt ohne Konsequenzen oder dient der Verleugnung von Selbstwertdefiziten.
4. Verantwortung wird an medizinische oder psychologische Instanzen delegiert. Eine Reflexion belastender Verhaltensweisen bleibt überwiegend aus.
5. Daraus folgt zwangsläufig auch deren fehlende Veränderung.
6. Langfristige Verleugnungstendenzen führen zu zusätzlichen Belastungen.
7. Eine Kompensation von Selbstwertdefiziten führt ebenfalls zu zusätzlichen Belastungen.
8. Sie verfügen über keine entlastenden Ressourcen und die eigenen Bedürfnisse werden verleugnet bzw. nicht artikuliert. Die Migräne muß selbst als Ressource dienen.
9. Es wird keine soziale Unterstützung in Anspruch genommen oder die Migräne wird dazu instrumentalisiert.
10. Die Inanspruchnahme einer Psychotherapie unterliegt einem Versorgungsbedürfnis und weniger dem Wunsch nach Veränderung.
11. Es läßt sich eine Konzentration auf die Erkrankung mit depressiven Reaktionen feststellen.
12. Die Migräne wird verleugnet und/oder geht mit Gefühlen der Resignation einher.

Die **Gruppe A (Fr. A und D)** zeigt neben ebenfalls negativen Verarbeitungsformen Entwicklungen, die als *nützlich* für den Krankheitsverlauf angesehen werden:

1. Personen entwickeln bzw. verfügen über interne Kontrollüberzeugungen.
2. Ihre subjektiven Krankheitstheorien sind langfristig handlungsbestimmend, schädigende Verhaltensweisen werden reduziert.
3. Subjektive Krankheitstheorien besitzen eine entlastende Funktion.
4. Sie setzen sich selbstkritisch mit Verhaltensweisen auseinander, die sie als schädigend einstufen.
5. Sie verfügen über Veränderungs- und Entwicklungsressourcen, es findet eine zunehmende Orientierung an den eigenen Bedürfnissen statt.
6. Es werden mehrgleisige Therapieangebote in Anspruch genommen, und zwar medizinische, psychotherapeutische und alternative Behandlungsmethoden.
7. Es besteht die Möglichkeit, auf psychosoziale Ressourcen zurückzugreifen oder es findet eine Entwicklung in diese Richtung statt.
8. Es findet weiterhin eine aktive Auseinandersetzung mit anderen Themen statt.

Genese von Bewältigungsstrategien/ Subjektive Krankheitstheorien

Dieser Relevanzbereich umfaßt die Ursprünge von Krankheitsbewältigung und Krankheitsmodellen in der Herkunftsfamilie. In Anlehnung an die Prävalenzangaben hinsichtlich der familiären Vorbelastung bei der Migräne zeigt sich diese hier ebenfalls bei drei von vier Befragten. Zwei Befragte haben eine vorbelastete Mutter (**Fr. A, B**), bei einer Befragten sind beide Eltern von Migräne betroffen (**Fr. C**). **Fr. D** ist ebenfalls vorbelastet durch die Depressionen der Mutter und einen kränklichen Bruder. Bei allen Betroffenen läßt sich ein spezifischer Umgang mit Krankheit identifizieren, bei dem sich Parallelen zur Herkunftsfamilie zeigen.

Bei **Fr. B** und **C** gibt es Hinweise darauf, daß Attitüden und Verhaltensweisen, die sich als komplexe Krankheitsbewältigungsmuster erweisen, aus den Herkunftsfamilien unmodifiziert übernommen werden. Trotz bestehender Übereinstimmungen hinsichtlich einer rigiden Leistungsorientierung und einer affektiven Mangelkonstellation in den Familien von **Fr. B** und **C** zeigen sich einige relevante Unterschiede:

Bei **Fr. C** resultiert der verleugnende Umgang mit Erkrankung aus der subjektiven Bedeutung der Erkrankung als Schwäche und Störung der Normalität und Leistungsfähigkeit. Eine Selbstwert-Problematik wird durch eine rigide Leistungsorientierung kompensiert, was eine trieb- und lustfeindliche Lebensqualität mit sich bringt. Damit übernimmt sie das krankheitsbedingt negative Selbstkonzept der Eltern und folgt dem Muster der elterlichen Krankheitsbewältigung.

Trotz rückwirkender kritischer Reflexion erweist sich die Internalisierung elterlicher Abwertungen im Hinblick auf Erkrankungen als verhaltenswirksam. Selbst ein leichtsinniger Umgang mit Medikamenten wird übernommen und stellt sich bei ihr als Medikamentenabusus dar. Psychopathogenetisch scheint im Entstehungskontext eine Affekt- und Verhaltensunterdrückung relevant zu sein, die zusammen mit einer Gefügigkeitshaltung bis heute wirksam ist. Sie zeigt sich in einer deutlichen Unterwerfung unter Autoritäten und der geradezu fatalistischen Delegation von Verantwortung an die Ärzte.

In der Herkunftsfamilie von **Fr. B** besitzt die Mutter durch ihre Migräne eine zentrale Machtposition und setzt die Erkrankung als stellvertretendes Kommunikationsmittel zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse ein. Die Dynamik innerhalb der Familie wird dominiert von der zentralen Stellung der Erkrankten mit einem erheblichen Krankheitsgewinn.

Die Erkrankung gilt für Tochter und Mutter gleichermaßen als die einzige Berechtigung einer familieninternen Verpflichtung im Haushalt oder einer beruflichen Verpflichtung nicht nachzukommen. Ein schmerzbedingter Rückzug der Tochter wird kommentarlos

hingegen. Das Verhalten der Mutter ist bestimmt von einer rigiden Leistungsorientierung, die auch bei **Fr. B** handlungsbestimmend ist. Bei ihr läßt sich eine deutliche Identifizierung mit dem mütterlichen Machtmodell erkennen. Die nonverbalen Kommunikationsmuster der Mutter führen zu Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen, die als erhebliche Entwicklungsdefizite anzusehen sind. Anhand des mütterlichen Modells erwirbt sie über die Ressource Migräne ein suboptimales Konfliktlösungs- und Lebensbewältigungspotential mit einem erheblichen Krankheitsgewinn. Damit erweist sich, daß Faktoren, die zur Aufrechterhaltung beitragen, auch für die Krankheitsentstehung relevant sind.

Bei **Fr. B** und **C** läßt sich also ein Bewältigungsstil erkennen, der einer Kopie der elterlichen bzw. mütterlichen Krankheitsbewältigung gleichkommt und sich als relativ stabil erweist. Aufgrund der langjährigen nachhaltigen Triebunterdrückung läßt sich bei **Fr. C** eine Verhärtung der starren Attitüde der Bedürfnislosigkeit erkennen im Sinne einer Reaktionsbildung. Bei **Fr. B** zeigt sich ein erheblicher Krankheitsgewinn und eine identitätsstiftende Krankheitsfunktion.

Auch in der Herkunftsfamilie von **Fr. A** spielt die Migräne eine Rolle:

In ihrer Familie besteht ein enger Zusammenhalt. Ein migränebedingter Ausfall der Mutter führt zu einem Krisenmanagement, an dem die ganze Familie beteiligt ist und unterstützend mitwirkt. Dem Leidensdruck der Betroffenen wird mit Mitgefühl begegnet.

Bei **Fr. A** zeichnet sich ebenfalls eine Identifizierung mit dem mütterlichen Migränemodell ab, was sich in der subjektiven Krankheitstheorien niederschlägt. Beispielhaft ist hier die vermutete unbefriedigende Sexualität der Mutter und deren persönliche Einengungen durch die häuslichen Verpflichtungen zu nennen. Es lassen sich bei **Fr. A** Autonomiebestrebungen erkennen, die als Ausdruck eines guten Problemlösepotentials eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung nach sich ziehen. Mit der aktiven Bemühung um Lebensqualität grenzt sie sich von ihrem negativen mütterlichen Vorbild ab.

Als Entstehungsursache wird die Migräne als Ausdruck einer Flucht vor den chronischen Belastungen aus den familiären Konflikten betrachtet. Die Identifizierung über Leistung läßt sich als Internalisierung des mütterlichen Leistungsdrucks oder Kompensation eines mangelnden Gefühlsausdrucks interpretieren. Die daraus resultierenden Belastungen und das Konfliktvermeidungsverhalten werden zunehmend kritisch reflektiert.

Sie verfügt über die Möglichkeit, soziale Unterstützung zunehmend in Anspruch zu nehmen.

Fr. D ist die einzige, die nicht aus einer Schmerzfamilie stammt. Allerdings spielt in ihrer Familie Krankheit insofern eine wichtige Rolle, als die Mutter sehr schwach und depressiv ist und der Bruder auch recht kränklich ist und ein „Weichei“. Es zeichnet sich eine Spaltung ab zwischen den Gesunden, Starken einerseits und den Kranken und Schwachen andererseits, die der Aufmerksamkeit bedürfen. Die Attribute von Stärke und Schwäche erscheinen dabei festgeschrieben, ohne daß Zwischentöne zugelassen sind. Krankheit ist dabei unweigerlich mit Schwäche verknüpft, der mehr oder weniger explizit mit Abwertung begegnet wird. Die Migräneanfälle werden als ich-fernes Geschehen betrachtet, als ein Fallenlassen in eine Körperlichkeit, das von Anfall zu Anfall vergessen wird. Mit der Präferenz handlungsbezogener Bewältigungsmuster entspricht sie der an sie gestellten Rollenerwartung der Starken unter Verleugnung ihrer regressiven Bedürfnisse und unter Verdrängung der Ängste, die mit der Ablösung aus dem Elternhaus verbunden sind.

Die Übernahme komplexer schädigender Verhaltensmuster aus der Herkunftsfamilie läßt sich bei Frauen feststellen, die aufgrund ungünstiger Entwicklungsbedingungen (**Fr. B** und **C**) über geringere Bewältigungsressourcen verfügen. Im Gegensatz dazu erweist sich bei **Fr. A**

und **B** der Umgang mit Erkrankung in der Familie zwar ebenfalls als schädlich und handlungsbestimmend. Es werden aber keine komplexen Handlungsmuster übernommen, sondern Bewältigungsmuster werden durch eigene Persönlichkeitsaspekte deutlich modifiziert.

Bei allen Frauen, bei denen eine Migränevorbelastung besteht, spielen die familiären Belastungen auch im unmittelbaren Entstehungskontext eine Rolle. Eine Ausnahme bildet hier **Fr. D** Bei ihr zeigen sich nur indirekte familiäre Einflüsse.

Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Die Analyse der frühen und aktuellen psychosozialen Beziehungen soll Auskunft geben über entwicklungsbedingte Ressourcen und Defizite, die als Prädisposition für die Erkrankung gelten können sowie als Ursache für deren Aufrechterhaltung. Hierzu zählt auch die Übernahme neurotischer Konflikt- und Verarbeitungsmuster aus der Herkunftsfamilie. Darüber hinaus sollen Veränderungen und Entwicklungen oder auch deren Beibehaltung in den aktuell bestehenden Beziehungen erfaßt werden.

In den Herkunftsfamilien der befragten Frauen zeichnen sich grundlegende Unterschiede aber auch Gemeinsamkeiten ab.

Als negative Entwicklungsbedingungen können frühe Überforderungen gelten, die kindlichen Bedürfnissen nicht gerecht werden. Alle Befragten nehmen eine frühe Überforderung durch die elterlichen Erwartungen wahr. Dies sind die starken Einbindungen in Haushaltsverpflichtungen (**Fr. A und B**) sowie ein starker Disziplinierungsdruck (**Fr. C**) und frühe Rollenerwartungen als Vertraute der Mutter bzw. als Versorgerin der Mutter (**Fr. A und D**). Eine weitere Belastung entsteht bei allen Frauen durch ein damit einhergehendes Defizit an emotionaler Zuwendung und Aufmerksamkeit.

Allerdings zeigen sich hier qualitative Unterschiede:

Vor allem in den Familien von **Fr. B und C** zeigen sich rigide Härte und Zwanghaftigkeit mit einer affektiven Mangelkonstellation für die Töchter verknüpft. In diesen Familien werden persönliche Bedürfnisse weder kommuniziert noch berücksichtigt, da das oberste Gebot der Pflichterfüllung gilt.

Damit ist in diesen Familien eine trieb- und lustfeindliche Lebensqualität erkennbar. In beiden Fällen zeigen sich zusätzliche Belastungen durch nonverbale und destruktive Kommunikationsmuster, die der Entwicklung und Formulierung eigener Bedürfnisse wenig förderlich sind.

Bei **Fr. C** läßt sich ein Kommunikationsstil innerhalb der weiter gefaßten Familie erkennen, der auf die fehlenden familieninternen Grenzen hinweist. Er ist bestimmt von Kritik und Einmischungen in Erziehungsangelegenheiten, die subjektiv als beängstigend erlebt werden. Bei **Fr. B** wird der krankheitsbedingte Rückzug von den Aufgaben mit einer „stillschweigenden Duldung“ hingenommen, ohne daß darüber ein Gespräch stattfindet. Auf diese Weise macht sie ihre Erfahrung mit der Migräne als stellvertretendes Kommunikationsinstrument.

In zwei Familien existiert eine Alkoholproblematik des Vaters (**Fr. A und B**), so daß hier ebenfalls von einem neurotischen Konfliktlösungsmodus ausgegangen werden kann, von der beide Ehepartner betroffen sind.

In zwei Familien läßt sich eine Spaltung erkennen entweder zwischen einer dominierenden Mutter und einem schwachen, nicht präsenten Vater (**Fr. B**) oder aufgrund einer dominanten familienspezifischen Ideologie (**Fr. A**).

Bei **Fr. A und D** zeigen sich auch protektive Erziehungsaspekte entweder durch eine mütterliche emotionale Zuwendung gegenüber der Tochter im Umgang mit ihrem

migränebedingten Fernbleiben aus der Schule oder durch eine positive selbstwerterhöhende Rollenzuweisung.

In den aktuellen Beziehungen aller Befragten spielen die herkunftsbedingten Kommunikationsmuster eine relevante Rolle. In Analogie zu den Krankheitsbewältigungsmustern zeichnen sich hier ähnliche Tendenzen ab. Bei **Fr. B** und **C** zeigen sich deutliche Hinweise darauf, daß komplexe Konfliktbewältigungsmuster und Attitüden aus dem Elternhaus übernommen wurden. Bei **Fr. A** und **D** werden diese modifiziert: Bei **Fr. A** geschieht dies durch ein Konfliktvermeidungsverhalten in Abgrenzung gegenüber dem Elternhaus, das im Laufe einer aktiven Auseinandersetzung kritisch hinterfragt wird und einer zunehmenden Artikulation von Bedürfnissen weicht. Bei **Fr. D** läßt sich eine zunehmende Auseinandersetzung mit einem eigenen hohen Leistungsanspruch erkennen, die ebenfalls mit einer zunehmenden Orientierung an den eigenen Bedürfnissen einhergeht.

Zusammenfassend kann man sagen, daß **Fr. B** und **C** vor dem Hintergrund eines geringen herkunftbedingten Konfliktbewältigungspotentials die Art ihrer Kommunikationsmuster innerhalb der eigenen aktuellen sozialen Beziehungen wenig verändert haben. **Fr. B** hat mit Hilfe der Migräne eine Machtposition innerhalb der eigenen Familie nach dem Vorbild der Mutter erworben.

Während bei **Fr. B** und **C** in dieser Untersuchung keine positiven Erziehungsaspekte innerhalb der Herkunftsfamilie sichtbar werden, lassen sich bei **Fr. A** und **D** protektive Elemente erkennen. Bei allen Befragten bleiben frühe Belastungsfaktoren, die aus subjektiver Sicht für die Krankheitsentstehung bedeutsam waren, nachhaltig wirksam, so daß von einem Einfluß auf den Chronifizierungsprozeß ausgegangen werden muß.

In allen Familien lassen sich *Entwicklungsbedingungen* erkennen, die aus der subjektiven Sicht der Befragten als *Belastung* wahrgenommen wurden. Damit überwiegen sie gegenüber den positiv dargestellten Faktoren. Die nachfolgende Liste muß allerdings aufgrund einer fehlenden systematischen Erfassung als unvollständig gelten.

1. Nicht altersgemäße Rollenzuweisung als Vertraute und Versorgerin der Mutter (A, D)
2. rigider Leistungs/ Disziplinierungsdruck (elterl./mütterl. Zwanghaftigkeit u. Härte) (B, C)
3. Fehlende oder mangelnde Berücksichtigung kindlicher Bedürfnisse (A, B, C, D)
4. destruktive bzw. neurotische Kommunikationsmuster (A, B, C, D)
5. Abhängigkeitsproblematik (Alkohol) (A, B)
6. familiäre Spaltung (schwach/stark) (A, B, D)
7. Fehlende familieninterne Grenzen (C)

Dabei überwiegen bei **Fr. B** und **C** die negativen Entwicklungsbedingungen, während es bei **Fr. A** und **D** auch Hinweise auf *positive* Erziehungsaspekte gibt:

1. Zuwendung im Krankheitsfall (A)
2. Differenziertes Belohnungssystem innerhalb der Familie (A)
3. Emotionale Zuwendung (Vorlesen) (A)
4. Stärkung des Selbstbewußtseins durch positive Kritik (D)

Aus meiner Sicht zeigen sich in den aktuellen Beziehungen bei allen Befragten Verhaltensmuster, die durch die Herkunftsfamilie determiniert sind und als negativ für den Krankheitsverlauf einzustufen sind:

1. Affektkontrolle (A, B, C, D)
2. Konfliktvermeidung (A, B, C)
3. Fehlende/ mangelnde Kommunikationsmöglichkeit von Bedürfnissen (A, B, C)

4. Destruktive Kommunikationsmuster (B, C)
5. Ambivalenz zwischen Kontroll- und Regressionsbedürfnis (B, D)
6. Krankheit als Kontrollinstrument (B)

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Innerhalb der Persönlichkeitsentwicklung zeigen sich markante Unterschiede.

Fr. A und **D** verfügen über Selbstkonzepte, die eine realistische Einschätzung der eigenen Fähigkeiten und eine gute Selbstwahrnehmung erkennen lassen. Beide verfügen über ein relativ stabiles Selbstvertrauen und gute Einschätzungsmöglichkeiten im Hinblick auf ihre soziale Identität. Bei beiden läßt sich die Entwicklung zunehmender Selbstwahrnehmung erkennen. Auch die Verdrängung von Gefühlen wird bei beiden kritisch reflektiert. Vor allem bei **Fr. A** läßt sich eine identitätsstiftende Werte- und Sinnsuche erkennen, die als erfolgreiche Ablösung aus dem Elternhaus bezeichnet werden kann. Bei **Fr. D** erscheint diese Ablösung nicht so gelungen. Beide führen ein selbstbestimmtes Leben.

Im Gegensatz dazu verfügen **Fr. B** und **C** über kein deutliches Selbstkonzept und müssen auf die Darstellung anderer Personen (Tante, Therapeutin) zurückgreifen. Beide orientieren sich bei der Berufs- oder Lebensplanung an Autoritäten oder übernehmen eine Lebensplanung per Schema (**Fr. B**). Beide verfügen über ein geringes Selbstvertrauen. Vor allem bei **Fr. B** läßt sich eine unrealistische Einschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten erkennen, an der sie letztendlich scheitern muß. Beide verfügen nicht über die Möglichkeit ihre Bedürfnisse wahrzunehmen bzw. zu artikulieren.

Bei beiden wirkt die Migräne der Eltern bzw. der Mutter als Entwicklungsfaktor, der für die Krankheitsentstehung relevant ist. Bei beiden läßt sich darüber hinaus die Migräne als lebenslanger *Entwicklungsfaktor* erkennen allerdings mit unterschiedlichen Ergebnissen: Bei **Fr. C** führt das migränebedingte Rückzugsverhalten in eine soziale Isolation, **Fr. B** erwirbt über den positiven Rentenbescheid eine neue Identität. Die nicht erreichte Anerkennung durch die Mutter erlangt sie jetzt stellvertretend über die gesellschaftliche Anerkennung durch die Rente.

4.4 Intergruppenvergleich zwischen Migräne- und Rückenschmerz-Gruppe

Für den Gruppenvergleich wird auf eine ausführliche Darstellung der überindividuellen Ergebnisse der Rückenschmerzgruppe aufgrund des umfangreichen Materials verzichtet. Es werden nur auffällige Übereinstimmungen bzw. Abweichungen dargelegt. Ein Überblick ist den Komparationstabellen (s. Anhang) zu entnehmen.

In der Rückenschmerzgruppe zeigt sich im Hinblick auf die **subjektiv wahrgenommenen Belastungen** ein ähnliches Bild wie in der Migränegruppe. Am häufigsten werden Befürchtungen und Ängste genannt, gefolgt von Einschränkungen am Arbeitsplatz und sozialen Konflikten. Auch wenn bei einer Person die Erschütterung des Selbstbildes durch die Schmerzen eine Rolle spielt, wird bei keinem ein krankheitsbedingt negatives Bild sichtbar.

Im Hinblick auf die **Krankheitsverarbeitung- und bewältigung** ergibt sich in der Rückenschmerzgruppe ein weniger deutliches Bild. Hier werden ebenfalls zunächst von allen somatische Entstehungsursachen in den Vordergrund gestellt. Bei **Hr. E** läßt sich eine Entwicklung erkennen in Richtung einer mehrdimensionalen Entstehungstheorie, die deutlich handlungsbestimmend ist.

Die Verknüpfung eher eindimensionaler Entstehungstheorien mit einer externalen Kontrollüberzeugung und einem geringen Selbstvertrauen ist hier allerdings nicht so eindeutig wie in der Migränegruppe. Während in der Migränegruppe sich die Entwicklung einer internalen krankheitsbezogenen Kontrollüberzeugung mit einem relativ gesunden Selbstvertrauen deckt, ist dies in der Rückenschmerzgruppe nicht der Fall. Bei *allen* läßt sich die Entwicklung internaler krankheitsbezogener Kontrollüberzeugungen erkennen trotz vorhandener Selbstwertprobleme.

Daraus folgt bei allen ein handlungsbezogenes Schmerzbewältigungsmuster durch die Inanspruchnahme medizinischer und physikalischer Behandlungsverfahren (Krankengymnastik). Eine aktive Einflußnahme auf die Erkrankung durch das Erlernen von Entspannungsverfahren entweder allein oder in der Gruppe (Progressive Muskelrelaxation, Yoga) wird von allen als hilfreich eingeschätzt.

Damit zeigt sich in der Rückenschmerzgruppe gegenüber der Migränegruppe eine Bevorzugung von Entspannungsverfahren. Über Krankengymnastik u.ä. scheint die Möglichkeit einer Einflußnahme auf der körperlichen Ebene größer zu sein als in der Migränegruppe. Offensichtlich wird der Rückenschmerz eher mit muskulären Verspannungen in Verbindung gebracht als dies bei der Migräne der Fall ist. Dies ist möglicherweise auch auf die verschiedenen Schmerzcharakteristika zurückzuführen. Die Migräne verläuft nach dem Alles- oder- Nichts- Prinzip und einmal in Gang ist sie nicht mehr zu stoppen.

In den subjektiven Krankheitstheorien von **Hr. E** und **G** spiegelt sich ein negatives mit Schuld und Schamgefühlen besetztes Selbstkonzept wider, so daß sie sich in ihrer Funktion eher als zusätzliche Belastung erweisen.

In Übereinstimmung mit der Migränegruppe wird die Inanspruchnahme einer Psychotherapie bei **Hr. E** als nicht hilfreich bei der Schmerzbewältigung eingeschätzt. Allerdings zeigt sich bei **Hr. E** und **G** objektiv und auch durch ein geringes Selbstvertrauen bedingt die mangelnde Möglichkeit der Einflußnahme auf belastende Lebensumstände (soziale Ängste bei **Hr. E**; fehlende berufliche Entwicklungsmöglichkeiten bei **Hr. G**). Da bei **Fr. F** mit dem Signalcharakter der Schmerzen ein zentraler Aufmerksamkeitsgewinn im Vordergrund steht, liegen hier Hinweise auf einen konversionsneurotischen Modus vor, der eine Einschätzung des Krankheitsverlaufes und des subjektiv empfundenen Leidens erschwert.

Auch bei der Nennung psychologischer Entstehungsursachen zeigt sich im Gegensatz zur Migränegruppe ein uneinheitliches Bild. Genannt werden *Zukunftsängste* im Hinblick auf

bestehende soziale und berufliche Defizite (**Hr. E und G**), die allerdings auch objektive, berufsbedingte Belastungen und Bildungsdefizite (**Hr. G**) umfassen. Der Faktor *berufliche Unzufriedenheit* tritt bei allen auf. Diesbezügliche Belastungen erscheinen bei **Hr. G** allerdings zentral zu sein.

Sowohl bei **Hr. E** als auch bei **Fr. F** spielen *soziale Ängste und Minderwertigkeitsgefühle* eine weitere wichtige Rolle, wobei diese sich bei **Hr. E** in Form einer depressiven Symptomatik zeigen. In sozialen Konflikten treten die Schmerzen immer wieder als Folge einer unterdrückten Wut auf. Eine Affektkontrolle wird auch in dieser Gruppe durch die geringe Anzahl der emotionalen Bewältigungsformen sichtbar.

Innerhalb der Rückenschmerzgruppe sind folgende Bewältigungsstrategien und subjektive Krankheitstheorien als *schädlich* einzustufen:

1. überwiegend somatisch, eindimensional, wenig komplex (F, G)
2. Zusätzliche Belastungen durch schädigende subjektive Krankheitstheorien (E, G)
3. fehlende Auseinandersetzung mit psychologischen Ursachen (F, G)
4. Trennung zwischen körperlichen und psychischen Phänomenen (F, G)
5. Funktionalisierung der Erkrankung (Aufmerksamkeitsgewinn, Kontaktaufnahme) (F)
6. Verleugnung angstbesetzter Emotionen und Affekte (E, G)
7. Vermeidung von Hilfeleistungen und emotionalen Entlastungsmöglichkeiten (E)
8. zeitweilige Bagatellisierung vs. Katastrophisieren (F)

Als *hilfreich* können innerhalb der Rückenschmerzgruppe folgende Bewältigungsstrategien eingeschätzt werden:

1. Entwicklung internaler Krankheitskontrollüberzeugungen (E, F, G)
2. Subjektive Krankheitstheorien sind langfristig handlungsbestimmend (E)
3. aktive handlungsbezogene Bewältigungsformen (E, F, G)
4. Stärkung der Rückenmuskulatur (E, F, G)
5. Suche nach emotionaler Unterstützung (F)
6. Entspannungsverfahren (E, F, G)
7. Entwicklung von mehr Zuversicht (E, F, G)

Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

Bei der Genese von Bewältigungsstrategien und subjektiven Krankheitstheorien zeigen sich deutliche Abweichungen von der Migränegruppe. In keinem Fall werden Vorerfahrungen mit chronischen Schmerzen thematisiert. Nur bei **Hr. G** spielen familiäre Vorerfahrungen mit körperlichen Erkrankungen eine herausragende Rolle.

1. In der Herkunftsfamilie gibt es keine Hinweise auf Krankheitsvorbelastungen, sondern eher auf depressive Lebensbewältigungsmuster, die wirksam bleiben in Form einer Schuld- und Entfremdungs-Thematik (**Hr. E**).
2. Bei **Hr. G** spielt die Erkrankung des Vaters eine Rolle: Er hat seit seinem 18. Lebensjahr eine künstliches Hüftgelenk und erleidet, kaum im Vorruhestand einen Schlaganfall, den **Hr. G** seiner beruflichen Laufbahn (35 Jahre Bandarbeit bei VW) zuschreibt. Mit dem Stereotyp des kraftvollen jungen Mannes verfügte er über Abgrenzungsmöglichkeiten gegenüber dem Vater, der partiell die eigenen Zukunftsängste im Hinblick auf Beruf, Gesundheit und Lebensqualität verkörpert. Darüber hinaus wird ihm mit der Erschütterung dieses Selbstbildes die Kompensationsmöglichkeit eines brüchigen Selbstwertgefühles genommen. Die Körperbehinderung erscheint allgegenwärtig in seinen Phantasien vom Ersatzteillager und in seinen zentralen Lebensmotiven (Genieße das Leben solange du es kannst!).
3. Es bestehen frühe Krankheitsvorerfahrungen in Form eines sekundären Krankheitsgewinns

Frühe soziale Beziehungen

Analog zur Migränegruppe überwiegt hier in der Darstellung ein *negativer* Erziehungsstil:

1. rigider Umgang mit kindlichen Meinungsäußerungen und Bedürfnissen (E, F, G)
2. Überwiegen negativer Kritik: Abwertungen, moralische Wertungen (E, F, G)
3. Familiäre Spaltung: Abwertung vs. Idealisierung (G)
4. Affektive Mangelkonstellation (E, F)
5. familiäre Dauerkonflikte (E, F)
6. neurotische Konfliktmuster (Depression) (E)
7. Funktionalisierung der Kinder für die Kompensation eigener narzistischer Defizite (F)
8. Familiäre Verstrickungen in Rollenzuweisungen und Abhängigkeitsmustern (G)

Innerhalb der Migränegruppe bestehen geschlechtspezifische Unterschiede zur Rückenschmerzgruppe (Haushaltsverpflichtungen, Rollenzuweisung, Identifikation mit der Mutter). Auch von **Fr. F** werden diese nicht weiter thematisiert. Dies kann als Hinweis gelten, daß Mädchen möglicherweise größeren Belastungen ausgesetzt sind, als dies bei Jungen der Fall ist. Ebenso wenig zeigen sich in der Rückenschmerzgruppe rigide Leistungs- oder Disziplinierungen. Eher scheint mir hier vor dem Hintergrund einer überwiegenden Negativkritik und depressiven bzw. destruktiven Konfliktbewältigungsmustern eine Schuld-Scham- und Entfremdungs-Thematik zu dominieren. Bei allen spielt dies auch in der aktuellen sozialen Situation eine Rolle, und zwar auf verschiedene Weise: Entweder findet eine mehr oder weniger aktive (**Hr. E**) oder defensive Auseinandersetzung damit statt (**Hr. G**) oder es wird ein neurotischer Konfliktlösungsmodus eingenommen (**Fr. F**).

Es zeigen sich keine krankheitsbedingten Selbstwertdefizite wie in der Migränegruppe. Sie sind als lebensgeschichtliche Belastungen anzusehen, die eher Beziehungsaspekte berühren oder, wie im Falle von **Hr. G**, die berufliche Entwicklung.

In der Migränegruppe zeigen sich Hinweise auf die Relevanz von Internalisierungs- und Identifikationsprozessen bei der Entstehung der Migräne, die auf die Erstmanifestation der Erkrankung im Kindesalter zurückzuführen ist. In zwei von vier Fällen wirkt die Migräne der Eltern selbst als früher Entwicklungsfaktor. In keinem Fall wird von einer Schmerzerkrankung in der Herkunftsfamilie der Rückenschmerzgruppe berichtet.

Eine abschließende Betrachtung der Konfliktbewältigungsmuster in den Herkunftsfamilien kann anhand des vorliegenden Datenmaterials weder in dieser Gruppe noch in der Migränegruppe vollzogen werden. Um dies zu ermöglichen, bedarf es einer weiterführenden systematischen Untersuchung.

Aus meiner Sicht zeigt sich in den aktuellen Beziehungen bei allen Befragten Verhaltensmuster, die durch die Herkunftsfamilie determiniert sind und als Belastungen einzustufen sind:

1. Affektkontrolle (E, F)
2. Konfliktvermeidung (E, F, G)
3. Schuld- Scham- und Entfremdungs-Thematik (E, F, G)
4. Beziehungs-Thematik (Soziale Ängste) (E, F)
5. Verleugnung von Bedürfnissen (E, F)
6. Ambivalent aktiv- versus vermeidende Auseinandersetzung mit den eigenen sozialen Ängsten (E).
7. Identitätsstiftende Auseinandersetzung mit biographischen Aspekten (E, F)

Persönlichkeitsstruktur und -entwicklung

Während in der Migränegruppe bei Frauen mit einem relativ diffusen Selbstkonzept (**Fr. B** und **C**) eine Selbstwert-Problematik mit einer schädigenden Krankheitsbewältigungs einhergeht, läßt sich dies in der Rückenschmerzgruppe nicht beobachten. Bei **Hr. G**, der ebenfalls über ein eher vages Selbstkonzept verfügt, läßt sich trotzdem eine aktive Schmerz- und Krankheitsbewältigung beobachten, die deutlich handlungs- und symptombezogen ist und subjektiv als erfolgreich eingestuft wird.

Zwei Personen mit einer Selbstwert-Problematik in der Rückenschmerzgruppe verfügen trotzdem über ein differenziertes Selbstkonzept (**Hr. E**, **Fr. F**) und über Entwicklungsressourcen, die aus subjektiver Sicht mehr (**Fr. F**) oder weniger positiv (**Hr. E**) bewertet werden.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse hinsichtlich der Fragestellung

Bei allen befragten Migränikerinnen lassen sich im Entstehungs- und Aufrechterhaltungskontext chronische Belastungen erkennen. Diese haben ihren Ursprung sowohl im aktuellen Verhalten als auch im lebensgeschichtlichen Hintergrund. Hinsichtlich der Bewältigungsstrategien und Verarbeitungsformen sowie bei den subjektiven Krankheitstheorien lassen sich deutliche Unterschiede erkennen.

Es läßt sich sagen, daß Personen die über ein geringes Krankheits- und Konfliktbewältigungspotential verfügen, überwiegend auf *schädigende Bewältigungsformen* zurückgreifen (Gruppe B). Vor allem die in dieser Gruppe vorgefundenen Verleugnungstendenzen mit daraus resultierendem Kompensationsverhalten führen dabei zu zusätzlichen Belastungen. Bei Frauen mit hohen Konflikt- und Krankheitsbewältigungspotential lassen sich zwar ebenfalls deutlich schädigende Tendenzen erkennen, allerdings zeigen sich bei ihnen auch *positive Entwicklungen* hinsichtlich ihrer Krankheitsbewältigungsstrategien (Gruppe A). Insofern lassen sich bei allen dysfunktionale Verhaltensweisen nachweisen, von denen angenommen werden kann, daß sie einer Aufrechterhaltung förderlich sind.

Ebenso erweisen sich familiäre Vorerfahrungen mit Erkrankungen sowohl für die Entstehung selbst als auch bei der Genese von Bewältigungsmustern als einflußreich. In der Migränegruppe spielt dabei die *familiäre Vorbelastung durch eine Migräne* eine herausragende Rolle. Bei den drei davon betroffenen Frauen tritt die Migräne bereits im Kindesalter auf. Abhängig von entwicklungsbedingten Defiziten werden die Bewältigungsformen der Herkunftsfamilie mehr (Gruppe A) oder weniger modifiziert (Gruppe B).

Gleiches gilt für den Erwerb von **Konfliktbewältigungsmustern**. Die Herkunftsfamilie erweist sich als Quelle für neurotische Bewältigungsformen und dysfunktionale Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen, die auch in den aktuellen Beziehungen und im Lebensalltag der Betroffenen eine mehr oder weniger belastende Rolle spielen. Vor allem bei den Frauen mit einer Erstmanifestation im Kindesalter liegt eine Vielzahl chronischer Belastungen im Entstehungskontext vor, denen sie mit Überforderungsgefühlen und Ängsten begegnen. Als besonders risikoreich erweist sich ein rigider Erziehungsstil mit einer affektiven Mangelkonstellation, der die Vernachlässigung kindlicher Bedürfnisse zur Folge hat. Diese Entwicklungsbedingungen scheinen besonders nachhaltig auf ein geringes Konfliktlösepotential zu wirken (Gruppe B). Bei diesen Frauen läßt sich eine besonders nachhaltige Vernachlässigung und Verleugnung der eigenen Bedürfnisse erkennen. Bei ihnen zeigt sich ein hoher Leistungsanspruch bzw. ein rigides Leistungsverhalten, ohne daß Entspannungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Aufgrund der dadurch anfallenden chronischen Belastungen dürfte dies auch für die Aufrechterhaltung bedeutsam sein. Die

Betroffenen verfügen über geringe Kontrollüberzeugungen, über ein geringes Selbstwertgefühl und delegieren Verantwortung über ihre Erkrankung an medizinische oder psychologische Instanzen. Sie setzen destruktive Kommunikationsmuster ein bzw. instrumentalisieren die Erkrankung zur Durchsetzung ihrer Bedürfnisse. Die Frauen, die neben belastenden *auch* von protektiven Sozialisationsbedingungen berichten, verfügen über Ressourcen, die der Entwicklung hilfreicher bzw. entlastender Schmerzbewältigungsmuster zuträglich war. Eine Funktionalisierung der Erkrankung im sozialen Kontext war bei ihnen nicht erkennbar.

Im Hinblick auf Persönlichkeitsentwicklung ist bei den Frauen, die ausschließlich einem rigiden Erziehungsstil unterlagen, eine eher fremdbestimmte Handlungsmotivation zu beobachten und im Krankheitsverlauf eine negative Entwicklung in Richtung einer zunehmenden Verleugnung im Sinne einer neurotischen Konfliktbewältigung.

4.6 Kategorienübergreifende Ergebnisse

4.6.1 Bildung von Subgruppen nach Volger (1984)

In dieser Untersuchung zeigt sich, daß das Alexithymiekonzept eine bedeutsame Rolle spielt. Alle Untersuchungsteilnehmer der Migränegruppe lassen sich den von Volger gefundenen Subgruppen zuordnen:

Fr. A und **D** lassen sich der Gruppe 3 (Vgl. Theoretischer Hintergrund, S. 15f.) zuordnen. Bei **Fr. D** läßt sich erkennen, daß sie in der Lage ist ihre Situation authentisch zu kommunizieren. **Fr. A** ist aus meiner Sicht ebenfalls dieser Gruppe zuzuordnen, auch wenn sich hier die Kommunikation von Emotionen weniger deutlich erkennen läßt. Allerdings verfügt sie über die Möglichkeit, den fehlenden Zugang zu den Gefühlen wahrzunehmen und kritisch zu reflektieren. Beide setzen sich zudem kritisch mit persönlichen Lebensaspekten und ihrem biographischen Hintergrund auseinander.

In der Gruppe 2 werden bedeutsame Lebensereignisse zwar angesprochen, aber ohne korrespondierende emotionale Beteiligung und nicht weiter problematisiert. **Fr. B** ist dieser Gruppe zuzuordnen. Teilweise wird zwar bei ihr ein Leidensdruck deutlich wahrnehmbar, allerdings scheint der sich weniger auf die Erkrankung selbst zu richten, sondern eher auf die dahinter liegenden Versorgungs- und Regressionsbedürfnisse. Insofern entspringt ihre Bereitschaft zur Mitarbeit innerhalb der Psychotherapie zwar persönlichen Motiven, geht aber weniger mit Veränderungsbedürfnissen sondern eher mit Versorgungsansprüchen einher.

Aus der Sicht von Volger wäre bei Fr. B keine Psychotherapie indiziert.

Fr. C entspricht der Gruppe 1 und damit dem klassischen Alexithymie-Konzept der Französischen Schule. Sie stellt überwiegend keine Bezüge her zwischen ihren Kopfschmerzen und persönlichen Problemen.

4.6.2 Resomatisierungsaspekte

Bei den Befragten beider Untersuchungsgruppen zeigen sich Hinweise auf eine Affektunterdrückung bzw. unzureichende Formulierung von Affekten, die die Wahrscheinlichkeit einer Erhöhung psychovegetativer Spannungszustände nach sich zieht und damit als ein Schmerzauslöser zu betrachten ist. Aus einer Affektunterdrückung von Angst und Aggressionen kommt es zu muskulären und Gefäßspasmen, die sowohl für die Rückenschmerzgruppe als auch für die Migränegruppe relevant sein können (Vgl. Ahrens & Merkle, 1993).

4.6.3 Ein migränespezifischer Leistungsanspruch?

Auf die Verknüpfung von Leistung und affektiven Mangelkonstellationen wurde von verschiedenen Autoren hingewiesen (Dührssen, 1967, Haas, 1970, Schultz-Hencke 1970; Wolff, 1937; vgl. Theoretischer Hintergrund). Vor allem bei zwei Befragten ist diese Erziehungskonstellation deutlich erkennbar und erweist sich für die Schmerz- und Lebensbewältigung als Risikofaktor. Ein exzessives Leistungsverhalten wird von allen Migränikerinnen ohne Ausnahme thematisiert. Allerdings erscheint dies bei zwei Frauen modifizierbar, so daß hier nicht von stabilen Persönlichkeitsaspekten ausgegangen werden kann. M. E. bedarf es einer eingehenden Untersuchung darüber, welche Motivation dem Leistungsverhalten zugrunde liegt. Leistungsverhalten kann nicht per se als schädigend eingestuft werden, sondern ist in den Kontext mit anderen Lebensaspekten zu stellen. In meiner Untersuchung zeigt sich, daß vor allem für ein rigides Leistungsverhalten die zugrundeliegende Motivation aus einer Fremdbestimmung resultiert, die vor dem Hintergrund eines geringen Problembewältigungspotentials zu sehen ist. Ein Vergleich mit anderen Schmerzsyndromen auf der Basis einer qualitativen Untersuchung wäre hier noch einmal anzustreben.

5 Diskussion und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung richtete sich auf die Erfassung von Bewältigungsformen, die als relevant für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Migräne einzuschätzen sind sowie auf deren Genese. Es zeigte sich, daß die Bewertung von Bewältigungsmustern nicht ohne Berücksichtigung biographischer Aspekte zu vollziehen war. Die dargestellten Entwicklungstendenzen lassen sich mit Fragebogenverfahren und deduktiv gebildeten Kategorien nicht erfassen. Dies gilt auch für die subjektiv wahrgenommenen Belastungen, deren Erfassung als isolierte Faktoren nicht zu einem wirklichen Verständnis der persönlichen Situation der Betroffenen führen kann.

Die Untersuchungsgruppe bestand aus vier von Migräne betroffenen Frauen. Die Kontrollgruppe bildeten drei Teilnehmer, die von einem Lendenwirbel-Syndrom betroffen waren (2 Männer, 1 Frau). Die Datenerhebung erfolgte anhand teilstrukturierter Interviews nach Witzel (1985). Mit Hilfe eines Leitfadens, der sowohl Fragen als auch Erzählanreize umfaßte, wurde versucht, die tatsächlichen Probleme der Befragten systematisch zu erfassen. Um dem Prinzip der Offenheit Rechnung zu tragen und um sich nicht mit einem vorab errichteten Kategoriensystem auf die Hypothesenüberprüfung zu reduzieren, wie dies in den deduktiven Verfahren üblich ist, wurden lediglich vorläufige Hypothesen generiert. Im Gegensatz zum Neutralitätsanspruch der quantitativen Forschung wird über die Art der Datengewinnung und Datenauswertung die Subjektivität des Forschers selbst zum konstitutiven Bestandteil des Forschungsprozesses.

Der Untersuchungsablauf erfolgte anhand des quasi-experimentellen Modells der Komparativen Kasuistik (Jüttemann, 1990). Die Anwendung dieses Modells ermöglicht Aussagen über deutlich gehäufte Übereinstimmungen und Unterschiede hinsichtlich der Fragestellung bei den untersuchten Personen. Die Entwicklung des Kategoriensystems erfolgte anhand systematischer Gesichtspunkte und der vorläufigen Hypothesen. Der Forderung nach Überprüfung der intersubjektivität konnte in dieser Untersuchung nicht nachgekommen werden aufgrund der fehlenden Verfügung weiterer Mitarbeiter. Die Einzelfallauswertung erfolgte in mehreren Untersuchungsschritten anhand des Verfahrens des „Zirkulären Dekonstruierens“ nach Jaeggi und Faas (1991) und auf der Basis des vorher entwickelten Kategoriensystems. Dabei ermöglichte dieses Auswertungsinstrument ein vertiefendes Verständnis für die subjektive Perspektive der Betroffenen. Anhand ausführlicher Einzelfallanalysen wurde das Datenmaterial reduziert und kategorisiert. Im Anschluß daran wurden die Ergebnisse der Einzelfallanalysen einem systematischen Vergleich im Rahmen der Komparativen Kasuistik unterzogen. Die Auswertungsmethode nach Jaeggi & Faas ließ sich mit der Komparativen Kasuistik gut kombinieren. Der Vorteil beider Verfahren liegt in der Möglichkeit über hermeneutische Zirkel eine schritt- und phasenweise Annäherung an das Datenmaterials. Dabei können beide Verfahren auch über weitere Untersuchungsdurchläufe kombiniert werden, in der eine Erhöhung des Interpretationsniveaus vollzogen wird.

Die Ergebnisse der Untersuchung sind hypothesenkonform. Es zeigte sich, daß die Wahrnehmung subjektiver Belastungen im Wesentlichen durch den lebensgeschichtlichen Hintergrund und durch eine individuell bestimmte Motivation modifiziert wird.

Innerhalb der Migränegruppe sind zwei Gruppen identifizierbar, die sich im Hinblick auf die Relevanzbereiche deutlich unterscheiden.

Es lassen sich entlastende und belastende Schmerzbewältigungsmuster erkennen, die vor dem Hintergrund der zur Verfügung stehenden Bewältigungs- und Kontrollressourcen zu sehen sind und im Einklang mit subjektiv wahrgenommenen Belastungen stehen. Vor allem

längerfristige Verleugnungstendenzen führen zu einer Verstärkung ohnehin bestehender Belastungen durch die Erkrankung.

Ebenso erwies sich bei allen Befragten das Elternhaus als relevant für die Genese von Schmerzbewältigungs- und Konfliktbewältigungsressourcen. Als besonderer Risikofaktor für die Entwicklung schädigender Schmerzbewältigungstendenzen wirkte ein rigider Erziehungsstil, der eine Überforderungen durch Disziplin- und Leistungserwartungen nach sich zog.

Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich die Qualität subjektiver Krankheitstheorien als aussagekräftig für die Präferenz von Bewältigungsmustern. Komplexe subjektive Krankheitstheorien standen im Einklang mit einer Auseinandersetzung mit biographisch belastenden Aspekten. Sie führten zu Interventionen auf verschiedenen Handlungsebenen (psychosoziale Aspekte, Reduzierung von Belastungen, Verhaltensveränderungen) und zu einer Inanspruchnahme von mehrgleisigen therapeutischen Maßnahmen. Bei eindimensionalen subjektiven Krankheitstheorien ließ sich keine oder nur eine begrenzte Auseinandersetzung mit persönlich belastenden Aspekten feststellen.

Damit entsprechen die Ergebnisse dem Forschungsstand zur Ätiologie und Aufrechterhaltung. Auch wenn die Bewältigungsmuster weitgehend als unspezifisch gelten können, zeigte sich innerhalb der Kontrollgruppe eine verstärkte Tendenz zu einer Einflußnahme auf der körperlichen Ebene und über Entspannungsverfahren. Allerdings kann man aufgrund der kleinen Stichprobe hier keine endgültigen Aussagen machen, sondern muß dies in weiteren Untersuchungen überprüfen.

In der Untersuchung nimmt bei drei von vier Betroffenen die familiäre Vorbelastung durch die Migräne eine herausragende Rolle als Risikofaktor für eine frühe Erkrankung der Tochter (Zwischen 8 – 12 Jahren) ein. Dies gilt sowohl für den Entstehungszusammenhang und die Übernahme spezifischer Konfliktbewältigungsmuster als auch für die Genese der Bewältigungsstrategien. Hier besteht m. E. ein weiterführender Forschungsbedarf, der die spezifischen Interaktionsformen innerhalb dieser Familien systematischer erfaßt.

Im Gegensatz dazu liegt in der Rückenschmerzgruppe das Alter der Erstmanifestation durchschnittlich bei über 20 Jahren. Bei keinem der Befragten gab es familiäre Vorerfahrungen mit Schmerzsyndromen.

Ebenso erkennbar sind geschlechtsspezifische Belastungen bei allen Befragten, die in einer besonderen Rollenerwartung und Aufgabenzuweisung im Kindesalter liegt. Es müßte hier m. E. noch einmal eine genauere Untersuchung unter Berücksichtigung dieses Aspektes vorgenommen werden.

Interessant ist auch der Unterschied zwischen Migräne- und Rückenschmerzgruppe im Hinblick auf die dominierende Problematisierung des Leistungsverhaltens. Aufgrund der geringen Anzahl der Befragten besteht hier weiterer Untersuchungsbedarf.

Auch wenn die unterschiedlichen Krankheitsverläufe im Rahmen der Auswertung keine Berücksichtigung fanden, erwies sich dennoch die Auswahl der Stichprobe als ein problematischer Aspekt dieser Arbeit. Die ohnehin begrenzte Verallgemeinerbarkeit qualitativer Datenerhebung und Auswertung wurde dadurch weiter eingegrenzt, da die Vergleichbarkeit der Interviews erschwert war. Für weitere Untersuchungen halte ich eine genauere Erfassung der Symptome, der Krankheitsverläufe und der krankheitsbedingt beeinträchtigten Lebensbereiche anhand eines ausführlichen Vorgesprächs für unerlässlich.

Vor dem Hintergrund dieser Untersuchung kann keine abschließende Bewertung unterschiedlicher Krankheitsverläufe vorgenommen werden. Die genaue Erfassung der Wirksamkeit von Strategien auf den Krankheitsverlauf erfolgt sinnvollerweise eher anhand einer praxisnahen Evaluation oder einer Längsschnittstudie, wie sie von John-Manthey & Thurke (1990) durchgeführt wurde. Allerdings bestehen weiterhin offene Fragen und damit ein weiterführender Forschungsbedarf für weitere „Bausteine“ einer ätiologischen Theorienbildung im Hinblick auf das Krankheitsbild der Migräne.

Auch für die Entwicklung von Präventionsprogrammen scheint mir die vertiefende Erforschung des Subjekts anhand einer biographischen Fragestellung sinnvoll, da diese vor dem Hintergrund vorhandener Bewältigungsressourcen erfolgt und damit einer Überforderung durch therapeutische Interventionen vorbeugt. Als richtungsweisend erscheint mir dabei die Arbeit von Volger (1984) mit ihrer am Patienten orientierten Indikationsstellung.

ANHANG

Komparationstabellen der Rückenschmerzgruppe:

Schmerzbedingte Belastungen	Kontrollgruppe		
	Herr Emrich	Frau Förster	Herr Gärtner
Hilflosigkeit/Ohnmacht	•		•
Angst vor Arbeitsunfähigkeit			•
Angst v. Arbeitsplatzverlust			•
Angst vor schwerwiegender Erkrankung		•	
Depressionen/Verstimmungen	•		•
finanzielle Belastungen			•
Soziale Konflikte			•
Erschütterung d. Selbstbildes			•
REHA/Krankenhaus			•
Arztverhalten			•
Zunehmende Unbeweglichkeit	•	•	•

Tab. 6: Schmerzbedingte Belastungen

Schmerzbewältigung/ (SK)	mehrdim. psycho- somatische Krankheitstheorie	eindim. somatische Krankheitstheorie	
		Herr Emrich	Frau Förster
Auseinandersg. m. biograph. Aspekten vs. Affekverleugng.	•		
defensiv-verleugnender Umgang m.biographischen Aspekten			•
Mischform (Intellektualisierg.)		•	
Entwicklung v.interner Krankheits-Kontrollüberzeug.	•	•	•
Trennung Körper u.Psyche		•	
Krankheit als Störung des Selbstbildes			•
Signalwirkung		•	
Relativierung des Schmerzes	X		
Wunsch n. O.P. (Ersatzteile)			•
Bagatellisierung		N	•
SK als Verstärkung e. neg. Selbstkonezptes (Schuld,Scham)	•		•
Affektunterdrückung (Wut)	•		
emotional			
Schmerz als Ausdruck Zukunftsängsten	•		•
Schmerz als Ausdruck bewußter sozialer Konflikte u. Ängste	•		
Gewinn an Zuversicht	•	•	•
Katastrophisieren/Dramatisieren		•	
behavioral			
aktive Suche n. Rat (Arzt, Bekanntenkreis)	X	X	
Vermeidung v. Unterstützung (Einkaufen, etc.)	•		
sozialer Rückzug	•		
REHA-Maßnahmen	X		
Entspannungsverfahren	X	X	X
Stärkung d Rückenmuskulatur	X	X	X
Medizinische Verfahren	X	•	X
Psychotherapie	N		
Expressives Schmerzverhalten		•	
•= vorhanden; X=hilfreich, N=nicht hilfreich			

Tab.7: Schmerzbewältigung/Subjektive Krankheitstheorien (Dimensionen, Funktionalität)

Genese von Bewältigungsstrategien/ SK	Kontrollgruppe		
	Herr Emrich	Frau Förster	Herr Gärtner
Läsionen wegen langanhaltender elterlicher Konflikte	•		
Fehlende Konfliktbewältigungsressourcen	•		
Zukunftsängste	•		•
Internalisierung rigider elterlicher Verbote u. Gebote (Schuld-u.Entfremdungsgefühle)	•	•	
Schmerz als Ausdruck unterdrückter Wut	•		
Körperliche u.geistige Unbeweglichkeit	•		
Krankheit als Möglichkeit der Kontaktaufnahme		•	
Frühe Krankheitserfahrung m. Aufmerksamkeitsgewinn		•	
Frühe Erfahrung m. Dramatisierung, Lügen als Möglichkeit d.aggress.Protestes		•	
Verleugnung krankheitsbedingter Behinderung (Vater)			•
Negativmodell Vater als Ursache f. berufl. Zukunftsängste			•
Erschütterung d. Selbstbildes v. Gesundheit u. Stärke			•
Berufliche Unzufriedenheit u.Perspektivlosigkeit			•

Tab. 8: Genese von Bewältigungsstrategien/Subjektive Krankheitstheorien

frühe soziale Faktoren	Kontrollgruppe		
	Herr Emrich	Frau Förster	Herr Gärtner
Überforderung d.destruktive Kommunikationsmuster	•	•	•
rigider Umgang mit kindl. Meinungsäußerung/Bedürfnissen		•	
familieninterne Abwertungen (Überwiegen negativer Kritik)	•	•	•
Kinder zur Kompensat. narzist.Defizite(schul.Leistg.)		•	
Spaltung (stark/schwach; gut/schlecht)		•	•
depressiver Modus (keine fröhlichen Menschen)	•		
affektive Mangelkonstellation	•	•	
aktuelle soziale Faktoren			
Selbstwertdefizite	•	•	•
Schuld-u.Entfremdungsgefühle	•	•	
Fehlendes Konfliktlösepotential	•		•
Verleugnung v. Bedürfnissen u. Emotionen	•	•	
Entwicklung von mehr Gelassenheit u. Selbstsicherheit	•	•	
distanzierte soziale Kontakte	•	•	
Konzentration auf Thema Defizite	•	•	
Kompensation v. Minderwertigkeitsgefühlen		•	
Bedürfnis n. Überlegenheit u. Kontrolle		•	
Internalisierung elterl./väterl. Abwertungen		•	•
Kompensation v.Selbstwertdefiziten d. Kraft			•
aktive Verleugnung v. Konflikten			•
fehlende Auseinandersetzung m. Konflikten im Elternhaus			•

Tab. 9: Frühe und aktuelle soziale Faktoren

Persönlichkeitsentwicklung	Kontrollgruppe		
	Herr Emrich	Frau Förster	Herr Gärtner
depressiver Reaktionsmodus	•		
konversionsneurotischer Modus		•	
Abhängigkeits-Thematik			•
Ambivalenz zwischen Anpassung und Flucht	•		
Identitätsstiftende Entwicklung Ablösung v. Elternhaus	•	•	
(neurot.)Konfliktlösung (Kompetenz- u. Wissenserwerb)		•	
Ambivalentes Selbstkonzept		•	
Negatives Selbstkonzept	•		•
Aktive Auseinandersetzung m. sozialen Ängsten		•	
Stagnation zwischen Bedauern v. berufl.u.sozialen Versäumnissen u. Zukunftsängsten			•

Tab. 10: Persönlichkeitsentwicklung

Vereinbarung zum Datenschutz bei wissenschaftlichen Interviews

1. Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Für den Fall, daß Sie Ihre Mitwirkung versagen, droht Ihnen keinerlei Nachteil.
2. Die Befragung wird per Tonband aufgezeichnet und dient folgendem Zweck:
**wissenschaftliche Untersuchung von Migräne und Rückenschmerz-Patienten
im Rahmen einer Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Technischen
Universität Berlin**
3. **Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert**
4. Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung sind verantwortlich:
a) Prof. Dr. Gerd Jüttemann
b) Maren Meimbresse

Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, **daß alle erhobenen Daten streng vertraulich und ausschließlich zum vereinbarten Zweck behandelt werden.**

5. Die Befragte erklärt ihr Einverständnis mit der Bandaufnahme und wissenschaftlichen Auswertung der Befragung.
6. Die Bandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt und nach Abschluß der Untersuchung, **spätestens jedoch nach Abschluß der Auswertung gelöscht**. Sie ist nur den unter 4. genannten Personen zugänglich.
7. Zur Auswertungszwecken wird von der Bandaufnahme eine Transkription angefertigt. Diese wird ausschnittsweise anderen Studenten im Rahmen des Colloquiums vorgestellt. Die in der Transkription enthaltenen personenbezogenen Daten werden dabei anonymisiert.
8. **Die Befragte wird auf Wunsch nach Abschluß der Diplomarbeit über die Ergebnisse der Untersuchung informiert.** Eine Übermittlung der Daten ist ausgeschlossen.

Berlin, den

Interviewter

Interviewer

.....
Unterschrift

.....
Unterschrift

Darstellung des Interviewleitfadens:

Kontaktaufnahme und Erzählanstoß

- Wie geht es Ihnen im Augenblick?
- Erzählen Sie mir bitte mal, was es für Sie bedeutet, mit Ihrer Migräne zu leben.

Symptomentwicklung (Anfänge, Zuspitzung)

- Können sie mir bitte mal erzählen, wie das mit den Schmerzen angefangen hat?
- Ich würde mir gern mal ein genaues Bild von Ihrem Leiden machen. Können Sie mir bitte mal beschreiben, wie die Schmerzen typischerweise auftreten.
- Schildern Sie mir bitte mal den ungefähren Krankheitsverlauf über die Jahre

Krankheitserleben, Beeinträchtigungen und Bewältigungsstrategien und Reaktionsformen

- Was machen Sie in solchen Situationen, was verschafft Ihnen Linderung?
- Geben Sie sich geheime Selbstanweisungen in Schmerzsituationen?
- In welcher Weise haben Sie ihr alltägliches Leben verändert, um sich Erleichterung zu verschaffen?
- Glauben Sie, daß Sie sich durch die Krankheit verändert haben?
- Wie hat die körperliche Beeinträchtigung Ihr Leben beeinträchtigt?
- Mit welchen Stimmungen hatten Sie als Folge der Migräne zu tun?

Einfluß früher Lebensfaktoren (Lebensperspektive, zentrale Lebensthemen)

- Wie hat Ihr Leben vor der Krankheit ausgesehen?
- Gab es wichtige Ziele, die Sie sich gesetzt haben?
- Welchen Anforderungen durch andere Menschen sahen Sie sich ausgesetzt?
- Wie haben Sie diese Aufgaben bewältigt?
- Gab oder gibt es ein wichtiges Motto, eine wichtige Regel für Ihr Leben?
- Wenn Sie sich noch einmal zurückbesinnen in die Zeit, wie hätten Sie sich selbst beschrieben?

Soziale Faktoren (Ressourcen, Defizite)

- Wie erleben Sie die Reaktion ihres Partners (Freunde, etc.) auf Ihre Erkrankung?
- Hat sich Ihre Beziehung zu Ihren Mitmenschen seit Ihrer Erkrankung verändert?
Wenn ja, wie?

Frühe soziale Faktoren (Genese von Bewältigungsstrategien)

- Wenn Sie an Ihr Elternhaus denken, was würden Sie sagen, ist Ihnen mit auf den Lebensweg gegeben worden
- Welche Erwartungen wurden vonseiten des Elternhauses an Sie gestellt?
- Gab es in Ihrem Elternhaus irgendetwelche Prinzipien, Wertvorstellungen oder Regeln, die Ihnen in Erinnerung geblieben sind?
- Wie sind die in Ihrem jetzigen Leben wirksam geblieben?

- Was glauben Sie selbst, warum das ausgerechnet damals angefangen hat mit den Schmerzen?
- Wie haben Sie sich selbst damals die Schmerzen erklärt?
- Haben Sie eine Metapher, ein Bild für sich selbst, das Ihre Krankheit am besten bezeichnet?

Veränderung von Perspektiven (Flexible Ziellanpassung, prospektive Kontrollüberzeugungen)

- Wenn Sie sich noch einmal an Ihre Ziele zurückerinnern, was ist daraus geworden?
- Haben sich die Themen verändert?
- Welche Ziele verfolgen Sie heute?

Kurzfragebogen für Schmerz-Patienten**Von Herrn/Frau****Alter**

Nummer

Berufstätigkeit

Beschwerdeentwicklung

1. Wie stark sind die Schmerzen im Augenblick?

gar nicht | _____ | sehr stark

2. Wann begannen die Schmerzen?

Jahr | _____ |

3. Ging den Beschwerden ein Unfall oder eine OP voraus?

ja ☐ nein ☐

4. Wie oft haben Sie Migräneanfälle/(Rückenschmerzen)?

.....

5. Gab es Krankschreibungen deswegen?

ja ☐ nein ☐

6. Wieviel Wochen insgesamt?

| _____ |

Wochen

Symptomabklärung:

7. In welchem Körperbereich treten die Beschwerden auf?

8. Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben?

.....

9. Wie können Sie die Schmerzen beeinflussen/vermeiden?

.....

10. Zu welcher Tageszeit oder an welchen Wochentagen sind die Schmerzen am stärksten?.....

11. Leiden sie noch unter anderen Beschwerden?

ja ☐ nein ☐

12. Gibt oder gab es (in den 2 Jahren vor Beginn der Schmerzen seelisch-nervliche Beschwerden (z.B. Ängste, Depressionen o.ä.)?

ja ☐ nein ☐

.....

13. Nehmen Sie Schmerzmedikamente? Wenn ja, welche?

- ☐ Monopräparate (ASS, Paracetamol)
- ☐ Kombinationspräp. (mit Coffein, Dodein, o.ä.)
- ☐ Morphindevirat
- ☐ Ergotamin-Präparat
- ☐ Sonstige Psychopharmaka

Familienanamnese:

14. Litten der Vater oder die Mutter während Ihrer ersten 14 Lebensjahre unter chronischen Erkrankungen oder Schmerzen? ja ☐ nein ☐

15. Wenn ja, unter welchen?

16. Bestanden diese schon vor Beginn Ihrer Schmerzen? ja ☐ nein ☐

Jetzige Lebenssituation:

- ☐ ledig
- ☐ ledig, feste Beziehung
- ☐ verheiratet, gute Beziehung
- ☐ verheiratet, keine gute Beziehung
- ☐ verheiratet, getrennt lebend
- ☐ geschieden

17. Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie das Verständnis ihres Partners für Ihre Schmerzen einordnen würden.

nicht
vorhanden | _____ | sehr
groß

18. Kinder?

Wann geboren Sohn? Tochter?

19. Wobei werden Sie in Ihrem Privatleben von Ihren Schmerzen beeinträchtigt?

Ja nein

- ☐ ☐ soziale Kontakte
- ☐ ☐ Familienkontakte
- ☐ ☐ Hobbies, eigene Tätigkeiten
- ☐ ☐ nebenberufliche Tätigkeiten
- ☐ gar nicht

20. Haben Sie (länger als 6 Monate) einen engen Freund/Freundin, mit dem Sie über persönliche Probleme (auch partnerschaftlicher oder intimer Art) sprechen können?

Ja nein

☐ ☐

Berufliche Situation:

21. Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie nach?

- ☐ feste Arbeit
- ☐ Hausfrau/Hausmann
- ☐ Ausbildung/Umschulung
- ☐ Rente/Invalidität/Aushilfstätigkeit
- ☐ arbeitslos
- ☐ Sonstiges

22. Gibt es Konflikte mit Vorgesetzten, die Sie belasten?

Ja nein

- ☐ ☐

23. Müssen Sie Ihre Arbeit wegen Ihrer Schmerzen häufig unterbrechen?

- ☐ wenig
- ☐ mäßig
- ☐ sehr häufig
- ☐ übermäßig
- ☐ gar nicht

24. Können Sie einer geregelten Berufstätigkeit nachgehen?

Ja nein

- ☐ ☐

25. Wie ist Ihre berufliche Leistungsfähigkeit mit den Schmerzen?

- ☐ nicht eingeschränkt
- ☐ eingeschränkt

26. Läuft ein Rentenanspruch wegen der Schmerzen?

Ja nein

- ☐ ☐

LITERATURVERZEICHNIS

- Ad Hoc Committee on Classification of Headache (1962). *Classification of headache*. JAMA 179: 177-718.
- Ahrens, S., Egle, U.T. & Merkle, W., (1993). Ausgewählte Krankheitsbilder: Chronischer Kopfschmerz. In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (Hrsg.) (1993). *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht* (S. 430-459). Berlin: Verlag Schattauer.
- Alexander, F. (1971). (Deutsche Bearbeitung der 1950 erschienenen amerikanischen Originalausgabe). Psychogene Kopfschmerzen und Migräne. In: *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete* (S.117-123).(2. Aufl.) Berlin: Verlag Walter de Gruyter.
- Angst, J., Isler, H. & Merinkangas, K.R. (1990). Migraine and Psychopathology. Results of the Zurich Cohort Study of Young Adults. *Archieve of General Psychiatry* - Vol 47: 849-853.
- Balint, M. & Balint, E. (1961). *Psychotherapeutische Techniken in der Medizin*. Stuttgart: Huber-Klett.
- Basler, H.D., Kröner-Herwig, B. Rehfisch & H.-P., Seemann, H. (Hrsg.) (1999). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. (4.Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Basler, Heinz-Dieter (1999). Chronischer Rückenschmerz. Vorbeugung und Behandlung durch psychologische Methoden. In: Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.) (1999). *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen* (S.62-75). München: Ernst Reinhardt –Verlag.
- Berwald, H.G. (1990). *Die Anamnese des Patienten mit chronischen Schmerzen*. In: Basler, H.D., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.) *Psychologische Schmerztherapie, Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 175-206). 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Berwald, H.G. (1999). Schmerzanamnese und biographische Anamnese bei Patienten mit Schmerz als Somatisierung. In: H.-D. Basler, B. Kröner-Herwig, H.-P. Rehfisch & H. Seemann (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S.265-300). (4. Aufl.) Berlin: Springer Verlag.
- Cremerius, J. (1968) Verlaufsformen und Spätzustände funktioneller Syndrome. Das funktionelle Kopfschmersyndrom (S. 37 – 65). In: Cremerius, J., *Die Prognose funktioneller Syndrome. Ein Beitrag zu ihrer Naturgeschichte*. Stuttgart: Ferdinand-Enke-Verlag
- Cremerius, J. (1977). Ist die „psychosomatische Struktur“ der französischen Schule krankheitsspezifisch? Zeitschrift Psyche Nr. 31.
- Dörner, K.(1983). Emprirische Psychologie und Alltagsrelevanz. In: Jüttemann, G. (Hrsg.).

- Dörner, K. (1983). Empirische Psychologie und Alltagsrelevanz. In: Jüttemann, G. (Hrsg.). *Psychologie in der Veränderung* (S. 13- 29). Weinheim: Beltz.
- Dührssen, A. (1967). Zum Problem des Selbstmordes bei jungen Mädchen.
In: *Beiheft zur Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. Nr. 9, S. 7-49:
Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht.
- Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (Hrsg.) (1993). *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*.
Berlin: Verlag Schattauer
- Egle, U.T., Hoffmann S.O., (1993). Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell.
In: Egle, U.T., Hoffmann, S.O. (Hrsg.). *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*. (S. 1-17): Berlin: Verlag Schattauer.
- Ensink, F.-B.M., Bautz, M., Brüggejürgen B. & Hanekop, G.-G. (1994).
Migräneprävalenz in Deutschland. Der Schmerz. Nr. 8 (S. 155-161).
Berlin: Springer Verlag.
- Faller, H., Schilling, S. & Lang, H.. Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung – im Spiegel der methodischen Zugänge. In: Flick, U. (Hrsg.). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation* (S. 45-59). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Flick, U. (Hrsg.) (1991). *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentation* (S. 45-59). Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Flick, U. (1995). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Florin, I. (1985). Körperliche Krankheit und medizinische Behandlung als Herausforderung. Bewältigungsverhalten von Krankheit. In: Basler, H.-D. (Hrsg) (1985). *Klinische Psychologie und körperliche Krankheit* (S. 127-145). Verlag Kohlhammer.
- Flor, H. & Turk D.C. (1984). Etiological theories and treatments for chronic back pain.
I. *Somatic models and interventions*. Pain 19: 105-121.
- . (1987). Clinical Section. Review Article. *Pain, pain behavior. The utility and limitations of the pain behavior construct*. Pain 31: 277-295.
- Fordyce, W. E. (1974). *Pain Viewed as Learned Behavior*.
In: Bonica, J. J. (Hrsg.). *Advances in Neurology. International Symposium on Pain*. Nr.4. (S. 415-422). New York: Raven Press.
- . (1995). (ed.). *Back pain in the workplace. Task force on pain in the workplace*. International Association for the Study of Pain. IASP Press.

- Frankenberg, S. & Pothmann, R. (1995). *Epidemiologie von Kopfschmerzen bei Schulkindern*. Zeitschrift Psychomed, 7 (3) (S. 157-163).
- Freud, S. (1895a). Studien über Hysterie. GW, Bd.1 (S. 75-312). Frankfurt/Main: S. Fischer.
- Friczewski, F. (1985). Ganzheitliche Methoden in der Streßforschung.
In: Jüttemann, (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Basel: Beltz Verlag.
- Fromm-Reichmann, F. (1978). Beitrag zur Psychogenese der Migräne(S.332-339).
In: Bullard, D.M. (Hrsg.). *Psychoanalyse und Psychotherapie. Eine Auswahl aus ihren Schriften*. Konzepte der Humanwissenschaften. Angewandte Wissenschaft. Stuttgart: Verlag Klett Cotta.
- Gerber, W.-D., Kropp, P. (1999). Verhaltensmedizin der Migräne - eine interdisziplinäre Aufgabe. In: Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.). *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen (S. 101-124)*. München: Ernst-Reinhardt Verlag.
- Gerber, W.-D., (1999). Migräne. In: Basler, H.D., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung (4.Aufl.)*. Berlin: Springer Verlag.
- Glaser, B. & Strauss, A.L. (1974). *Interaktion mit Sterbenden*. Göttingen: Vandenhock und Rupprecht.
- . (1979a). Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie.
In: Gerdes, K. (Hrsg.). *Explorative Sozialforschung*. Stuttgart: Enke.
- Gough, H.G., (1946). *Diagnostic patterns on the Minnesota Multiphasic Personality Inventory*. J Clin Psychol, 2: 23-37.
- Haag, G. & Schroth, G. (1982). Zum Krankheitsbild. In: Gerber, W.D. & Haag, G. (Hrsg.). *Migräne. Praxis der Diagnostik und Therapie für Ärzte und Psychologen*. (S.5-23). Berlin: Springer Verlag.
- Haas, J. P. (1978). *Der psychologisch-biographische Hintergrund der Migräne*. Dissertation Universität Salzburg.
- Hasenbring, M. (1999). Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen.
In: Basler, H.-D., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung*. (S. 161-176). (4. Aufl.) Berlin: Springer Verlag.
- Henryk-Gutt, R. & Rees, W.L. (1973). *Psychological aspects of migraine*. Psychosom Res 17: 177 – 185.
- Herzog, M. (1999). Phänomenologie des Schmerzerlebens.
In: Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.). *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen*. (S. 24-43) München: Ernst-Reinhardt Verlag.

- Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B., (1999). Zum Stand der Schmerzbehandlung in Deutschland. In: Hoefert, H.-W. & Kröner-Herwig, B. (Hrsg.). *Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen* (S. 7-21). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hoffmann, S.O. & Franke, T.W., (1993). Der lange Weg in die Schmerzkrankheit. Faktoren der Chronifizierung. In: Egle, U.T. & Hoffmann, S.O. (Hrsg.) (1993). *Der Schmerzkranken. Grundlagen, Pathogenese, Klinik und Therapie chronischer Schmerzsyndrome aus bio-psycho-sozialer Sicht*. (S. 155-172): Berlin: Verlag Schattauer
- Hoffmann, S.O. & Hochapfel, G. (1995). *Neurosenlehre, Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin. CompactLehrbuch*. (5. Aufl.). Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- IASP (1979). *Pain terms: a list of definitions and notes for usage*. Pain: 6 249 – 252.
- ICD-10 (2000). Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Klinisch diagnostische Leitlinien*. (4. korrigierte und ergänzte Auflage). Kap. V (F). Göttingen: Verlag Hans Huber.
- IHS (Headache Classification Committee of the International Headache Society) (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalgia* 8, Suppl. 7.
- Jaeggi, E. (1992). *Denkverbote Gibt Es Nicht!* (Manuskript, TU Berlin).
- Jensen, M.P. & Karoly P. (1991). *Control beliefs coping efforts and adjustment to chronic pain*. *Consult Clin Psychol* 59: 393.
- Johne-Manthey, B. & Thurke, M. (1990). *Bewältigungsstrategien bei Brustkrebs. Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Jüttemann, G. (Hrsg.) (1983). *Psychologie in der Veränderung. Perspektiven für eine gegenstandsangemessenere Forschungspraxis*. Weinheim: Beltz Verlag.
- : (1984) (Hrsg.). *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Göttingen: Verlag für Psychologie. Dr. C. J. Hogrefe.
- : (1985) (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Basel: Beltz Verlag.
- : (1988). (Hrsg.) *Wegbereiter der Historischen Psychologie*. München-Weinheim: Beltz – Psychologie Verlags Union.
- : (1990). *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- : (1992). *Psyche und Subjekt. Für eine Psychologie jenseits von Dogma und Mythos*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Jüttemann, G. & Thomae, H. (Hrsg.) (1987). *Biographie und Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

- Knapp, T.W. (1983a). *Migräne I. Symptomatologie und Ätiologie*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Krämer, G. (1984). *Kopfschmerz aus neurologischer Sicht*. Radiologe 24: 350-359.
- Kröner-Herwig, B. (1999). Chronischer Schmerz – eine Gegenstandsbestimmung.
In: Basler, H.D., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.).
Psychologische Schmerztherapie, Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung
(S.3-21). 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Larbig, W., (1982). Psychoanalytische Therapieansätze.
In: Gerber, W.D. & Haag, G. (Hrsg.). *Migräne. Praxis der Diagnostik und Therapie für
Ärzte und Psychologen*. (S.223-233). Berlin: Springer-Verlag.
- Laux, L. & Weber, H. (1987). Erträge biographischer Forschung im Bereich Streß und
Bewältigung. In: Jüttemann, G. Thomae, H. (Hrsg.). *Biographie und Psychologie*.
Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New Yorck: Springer Press.
- Leavitt, F. (1985). *The value of the MMPI conversion „V“ in the assessment of psychogenic
pain*. Psychosom Res 29: 125 – 131.
- Lefebvre, F., (1981). *Cognitive distortion and cognitive errors in depressend psychiatric and
low back pain patients-* J. Cons. Clin. Psych. 49: 517 – 525.
- Marty, P. M'Uzan M. & David, C. (1957). *L'investigation psychosomatique*.
Paris: Presses Universitaires.
- Merinkangas, K.R. Angst, J. & Isler, H. (1990). *Archieve of General Psychiatry*, 47, (S. 849-
853).
- Merskey, H. (1986). Classification of chronic pain. *Pain [Suppl.]* 3: 1-226.
- Naliboff, B., Cohen, M. & Yellen A. (1982). *Does the MMPI differentiate chronic illness
from chronic pain*. Pain 13: 333-341.
- Nemiah, JC., Freyberger H. & Sifneos, P. (1976). Alexithymia – a view of the psychosomatic
process. In: Hill OW. (ed). *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. Vol. 3.
Sevenoaks: Butterworth. PP. 430-439.
- Nilges, P. (1992). Schmerz und Kontrollüberzeugungen. In: Geissner, E. & Jungnitsch, G.
(Hrsg.). *Psychologie des Schmerzes – Diagnose und Therapie*. (S.123). Weinheim: PVU.
- Nilges, P., Saile, H. & Schmitz, U. (1996). *Coping with chronic pain: flexible goal
adjustment
as an interactive buffer against pain-related distress*. Pain 67: 41-51.
- Pfingsten, M., Kaluza, G. & Hildebrandt, J. (1999). Rückenschmerzen. In: Basler, H.D.,

- Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 417- 444). 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Philips, C., (1976). *Headache and personality*. Psychosom Res 20: 535 – 543.
- Ruoß, M. (1997). *Schmerz und Behinderung als subjektive Konstruktion*. Schmerz 11, S. 305-313. Berlin: Springer Verlag.
- Saper, J.R. (1995). *Kopfschmerz und Migräne. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. (Deutsche Bearbeitung: Einhäupl, K.M. & Reuter, U.). Zeneca Literaturservice Migräne.
- Schermelleh-Engel, K. (1992). Die Bedeutung der Kompetenzeinschätzung für die Schmerzbewältigung. In: Geissner, E. & Jungnitsch, G. (Hrsg.). *Psychologie des Schmerzes – Diagnose und Therapie*. (S.133). Weinheim: PVU.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). *Coping-Verhalten bei chronischem Schmerz: Flexible Zielanpassung als eine interaktive Abfederung von Leiden durch den Schmerz*. Pain 1996, 67 (41-51).
- Schneewind, K. (1992). *Persönlichkeitstheorien 1. Alltagspsychologie und mechanistische Ansätze* (2. Aufl.). Kritische Stellungnahme zu Freuds psychoanalytischer Persönlichkeitstheorie (S. 202-209). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Schroth, G.& Haag, G. (1982). Zum Krankheitsbild. In: Gerber, W.D.& Haag, G. (Hrsg.). *Migräne. Praxis der Diagnostik und Therapie für Ärzte und Psychologen*. (S.5-23) Berlin: Springer Verlag
- Schultz-Hencke, H. (1979). *Lehrbuch der psychoanalytischen Psychotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Seemann, H. (1998). *Angst und Schmerz sind Geschwister*. In: Zeitschrift PSYCHOLOGIE HEUTE Nr. 51, Oktober 1998 (S. 51-57).
- Seemann, H. & Zimmermann, M. (1999). Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht – eine Standortbestimmung. In: Basler, H.D., Kröner-Herwig, B., Rehfisch, H.-P. & Seemann, H. (Hrsg.). *Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung* (S. 23 – 58) (4.Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Smith, T.W., Follick, M.J., Ahern, D.K. & Adams, A. (1986). *Cognitive distortion and disability in chronic low back pain*. Cogn Ther Res 10: 201 – 210.
- Soyka, D. (1983). Neurotizismus und Depressivität bei Migräne In: Soyka, D. (Hg.) *Migräne. Pathogenese-Pharmakologie-Therapie Symposium der Deutschen Migräne-Gesellschaft*. S. 170-184. Stuttgart: Enke Verlag.
- Sternbach, R., Wolf, S., Murphy, R.& Akeson N. (1973b). *Traits of pain patients: The low back „loser“*. Psychosom. 14: 226-229.
- Sternbach, R. (1986). *Pain and „hassless“ in the united states: findings of the nuprin pain report*. Pain 27: 69.

- Thomae, H. (1988). *Das Individuum und seine Welt. Eine Persönlichkeitstheorie* (2. Aufl.). Verlag für Psychologie. Göttingen: Dr. C. J. Hogrefe
- : (1996). *Das Individuum und seine Welt. . Eine Persönlichkeitstheorie*. Verlag für Psychologie. Göttingen: Dr. H. C. Hogrefe.
- Uexküll, T.v. (Hrsg) (1979). *Lehrbuch der psychosomatischen Medizin*. München: Verlag Urban und Schwarzenberg.
- Uexküll, T. v. & Wesiack, W. (1979). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: Uexküll, T.v. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. (S.1 -30). München: Verlag Urban und Schwarzenberg.
- Volger I., (1984). Diagnostik der Therapieeignung bei psychosomatisch erkrankten Patienten (S. 169-189). In: Jüttemann, G. (Hrsg.) (1984). *Neue Aspekte klinischer Diagnostik*. Verlag für Psychologie, Göttingen: Dr.C. J.Hogrefe.
- Wahl, R. (1994). Worin besteht der Sinn des chronischen Schmerzes. Ein kommunikationsbezogener Versuch, Schmerz zu erklären. In: Wahl, R. Hautzinger, M. (Hrsg.). *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz. Psychologische Verfahren zur Schmerzkontrolle* (S. 12-21). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Wiedemann, P.M. (1987). *Theoretisches Kodieren: Die Auswertung von offenen Interviews*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview.
In: Jüttemann, G. (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227-255). Weinheim: Beltz Verlag.
- Wolff, H.G. (1937). *Personality features and reactions of subjects with migraine*. Archives of Neurology and Psychiatry. Nr.37 (S. 895-921).
- World Federation Of Neurology (1969). *Meeting of the research group for migraine and headache*. J Neurol Sci 9: 202.